



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

## **Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda na Criança e Jovem: Desafios para o Enfermeiro Especialista**

**Ana Andreia Nuno Friêza**

**2016**

**Não contempla as correções resultantes da discussão pública**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

## **Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda na Criança e Jovem: Desafios para o Enfermeiro Especialista**

**Ana Andreia Nuno Friêza**

**Professora Maria Teresa Gouvea Magão**

**2016**



Este trabalho foi redigido ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico, de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo-se optado pelas normas de citação e de referenciação bibliográfica da 6<sup>nd</sup> *American Psychological Association*.

“Todo o mundo é capaz de suportar a dor,  
com exceção de quem a sente”

(William Shakespeare)



## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo deste árduo percurso muitos obstáculos foram encontrados á sua realização e a superação deste deve-se ao apoio incondicional de várias pessoas que de diferentes formas foram contribuindo para o mesmo.

À minha mãe um agradecimento eterno e doce por toda a compaixão que teve por esta aprendizagem e trabalho ao longo de dois anos, pelo apoio em todos os momentos em que o tempo era escasso, ajudando-me ao cumprimentos dos objetivos a que me tinha proposto.

À minha família, com destaque para a minha avó e Zé, um obrigado enorme pelo orgulho que demonstraram por mim, e a gratidão eterna para a estrela que me ilumina, o meu avô.

Ao meu namorado, Paulo, pelo amor, respeito e tolerância às minhas ausências e aos momentos de frustração que assolaram este percurso, acreditando sempre em mim e apoiando-me nesta aventura do saber.

Aos meus amigos, Andreia, Mariana, Ana Alves, Ana Margarida, Mónica e Alexandra pelos sorrisos e sua amizade verdadeira mostrando sempre o lado mais iluminado dos meus dias.

Aos professores e orientadores que ao jeito próprio e com cada particularidade tornaram este trabalho mais rico em conhecimentos.

A todos vós e a todas as pessoas que passaram na minha vida deixando um pouco de si,

Um Obrigado e um Enorme Bem-Hajam!

## RESUMO

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e tem como objetivos descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio para evidenciar a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista.

A problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria que foi objeto de atenção ao longo deste Estágio refere-se ao uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na criança e jovem. O processo de análise foi suportado numa prática reflexiva que teve como contributos o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e os princípios dos Cuidados Não Traumáticos.

A dor é um fenómeno que acompanha a experiência de vida e saúde da criança e jovem, podendo estar inerente a uma patologia que os leva ao hospital ou diretamente relacionada com procedimentos realizados para o diagnóstico e tratamento da doença, podendo conduzir a uma crise no desenvolvimento dos mesmos e na dinâmica familiar. A dor aguda não tratada pode originar dor crónica e a incorreta gestão da dor leva a um injustificado sofrimento. As estratégias não farmacológicas, caracterizadas por serem técnicas modificadoras do impacto da experiência de dor no indivíduo, são ferramentas essenciais para o alívio da dor aguda em pediatria, podendo ser mobilizadas nos diferentes contextos sociais em que a criança e jovem se inserem.

A dor é um fenómeno altamente sensível aos cuidados de enfermagem, pelo que a mobilização de diferentes estratégias não farmacológicas de acordo com as necessidades da criança, jovem e família, são reflexo de cuidados especializados e um marco de excelência na enfermagem em saúde da criança e jovem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor aguda; Dor pediátrica; Gestão de dor pediátrica; Avaliação da dor pediátrica; Estratégias não farmacológicas.

## **ABSTRACT**

The present stage report was developed in the 6<sup>th</sup> Masters Course in Nursing scope, specialization area in Child Health Nursing and Pediatrics and aims to describe and analyze the activities developed over the Internship to evidence the acquisition of common and specific competences of the Specialist Nurse.

The issue of the practice of nursing care in child and pediatric health, that was object of attention in the course of this Internship, refers to the use of non-pharmacological methods in the relief of the acute pain in the child and young. The analysis process was supported in a reflexive practice which had as it's contributions the Model Betty Neuman Systems, the philosophy of Centred Care in the Family and The Principles of Care: No Trauma.

Pain is a phenomenon which follows the Child and Young's life and health. It may be either inherent to a pathology which brings them to the hospital or directly related to the performed procedures done for diagnosis and treatment of disease, leading to a crisis on their development and family dynamics. The non-treated acute pain may originate chronic pain and the incorrect management of the pain lead to an unjustified suffering. The non-pharmacological strategies (characterized for being modifying techniques on the impact of the experienced pain in the individual) are essential tools to the relief of the pain in pediatrics. It could be mobilized in the different social contexts that the child and young are in.

Pain is a highly sensitive Phenom to the nursing care, whereby the mobilization of different non-pharmacological strategies specific to the child, young and family needs are a reflex of specialized cares and a mark of excellence in the child and young health.

**KEYWORDS:** Acute pain; Pediatric pain; Pediatric pain management; Pediatric pain assessment; Non-pharmacological strategies.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CCF** – Cuidados Centrados na Família

**CNT** – Cuidados Não Traumáticos

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**DR** – Diário da República

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEESCJ** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem

**ENFAD** – Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

## Índice

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA</b>	
1.1- Modelo de sistemas de Betty Neuman	19
1.2- Cuidados Não Traumáticos e Cuidados Centrados na Família	24
1.3- Dor pediátrica	
1.3.1 – A dor na criança e jovem	27
1.3.2 – A importância da gestão da dor	32
1.4- Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda	37
<b>2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>42</b>
<b>3. PERCURSO DE FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM</b>	<b>45</b>
3.1– Estágio nas consultas externas de pediatria	
3.1.1 – O serviço de Consultas Externas de Pediatria	46
3.1.2 – Competências desenvolvidas no contexto de Consultas Externas de Pediatria	49
3.2– Estágio no Internamento de Pediatria	
3.2.1 – O serviço de Internamento de Pediatria	53
3.2.2 – Competências desenvolvidas no contexto de Internamento de Pediatria	55
3.3– Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	
3.3.1 – A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	59
3.3.2 – Competências desenvolvidas no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	69

<b>3.4– Estágio na Urgência de Pediatria</b>	
3.4.1 – O Serviço de Urgência de Pediatria	74
3.4.2 – Competências desenvolvidas no contexto de Serviço de Urgência de Pediatria	78
<b>4 – CONCLUSÃO</b>	83
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	86

## **APÊNDICES E ANEXOS**

### **Apêndices**

Apêndice I – Definições dos conceitos do modelo de sistemas de B. Neuman

Apêndice II – Os pressupostos do modelo de B. Neuman

Apêndice III – A evolução em Portugal da legislação em dor

Apêndice IV – Indicadores comportamentais de dor na idade pediátrica

Apêndice V – Escalas de Avaliação da dor em pediatria mobilizadas em Estágio

Apêndice VI – Definições das diferentes ENFAD

Apêndice VII – Objetivos e atividades projetadas para Estágio

Apêndice VIII – Procedimentos dolorosos e suas ENFAD aguda

Apêndice IX – Jornal de aprendizagem “A gestão da dor em crianças com atraso do desenvolvimento”

Apêndice X – Estudo de caso “A influência da culturalidade no processo de gestão de dor”

Apêndice XI – Síntese reflexiva – Contexto de Cuidados Intensivos Neonatais

Apêndice XII – *Poster* “Cuidados Paliativos Pediátricos – Da prática clínica à Problemática em Fim de Vida”;

Apêndice XIII - *Poster* “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda em Pediatria – Envolvimento Parental”;

Apêndice XIV - *Poster* “Distraíndo na experiência da hospitalização, criando a relação”;

Apêndice XV - Sessão de Formação “Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda em pediatria”

Apêndice XVI - A “Caixa Mágica”

Apêndice XVII – Síntese reflexiva da participação em formações adicionais

### **Anexos**

Anexo I – Certificado de Participação nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos e de apresentação do *poster* “Cuidados Paliativos Pediátricos – Da prática clínica à Problemática em Fim de Vida”;

Anexo II – Certificado de Participação no Workshop de Hipnose Clínica Pediátrica para Controlo da Dor e Ansiedade;

Anexo III – Certificado de Participação no II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o desenvolvimento, Qualidade e Segurança;

Anexo IV – Certificado de Participação no 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria – (Novos) Cenários em Pediatria;

Anexo V – Certificado de apresentação e de 2º Prémio do *poster* “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda em Pediatria – Envolvimento Parental”, no 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria – (Novos) Cenários em Pediatria;

Anexo VI – Certificado de Participação nas XXII Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria – Diálogos na Dor;

Anexo VII – Certificado de apresentação do *poster* “Distraíndo na experiência da hospitalização, criando a relação”, nas XXII Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria;

Anexo VIII – Certificado de Participação no Convénio Astor, 23ª Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta;

Anexo IX – Certificado de Participação na 7ª Reunião Pediátrica do Hospital Cuf Descobertas – O sim e o não em Pediatria;

Anexo X – Certificado de Participação e Avaliação do Curso de Comunicação Clínica pela Academia Cuf, no âmbito da 7ª Reunião Pediátrica do Hospital Cuf Descobertas – O sim e o não em Pediatria;

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1 – Modelo de Sistemas de B. Neuman traduzido em português</b>	<b>21</b>
<b>Figura 2 – Gestão da dor</b>	<b>22</b>
<b>Figura 3 – O Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a gestão da dor</b>	<b>23</b>
<b>Figura 4 – Algoritmo da gestão da dor aguda em pediatria</b>	<b>36</b>



## INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi realizado um Estágio que se constituiu como um percurso de aprendizagem para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Neste caminho, teve particular relevância a realização de um projeto sobre a problemática da gestão da dor aguda na criança e jovem no âmbito da prática de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (EEESCJ) na mobilização das Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor (ENFAD).

Assim, após esse percurso de formação, resulta o presente Relatório de Estágio, com o título “Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na criança e jovem: desafios para o enfermeiro especialista”.

Ao longo do meu percurso profissional tenho constatado que a gestão da dor aguda é muitas vezes subavaliada e subtratada, sendo o mesmo referenciado por Fernandes (2000) e Batalha (2010).

Verifica-se que tem havido uma grande evolução na gestão da dor através da aquisição de novos conhecimentos sobre a fisiopatologia da dor, a melhoria dos instrumentos de avaliação da dor (Jacob, 2014) e a eficácia do registo da avaliação da dor e sua história (Batalha, 2013).

Contudo, ainda é inadequada a sua gestão pois após a avaliação inicial imperam as medidas farmacológicas em detrimento das intervenções não farmacológicas, caracterizadas como intervenções de enfermagem autónomas, que são negligenciados ou incorretamente realizadas pelos profissionais de saúde (Batalha, 2013; Jacob, 2014), emergindo a necessidade de sensibilizar os

profissionais, para a sua aplicação e adaptação à realidade dos contextos (Batalha, 2013).

A dor é um fenómeno que acompanha a experiência de vida e saúde da criança podendo estar inerente à patologia que leva a criança/jovem a um serviço de saúde ou diretamente relacionada com os procedimentos realizados para diagnóstico e tratamento da doença. É um fenómeno altamente sensível aos cuidados de enfermagem, sendo a gestão da mesma alvo das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem (EEESCJ) (O.E., 2010b) e dos padrões de qualidade nesta área (OE, 2011).

A gestão de dor eficaz é um trabalho multidisciplinar, salientando-se o trabalho contínuo dos enfermeiros, assente em alicerces como, os cuidados não traumáticos (CNT), os centrados na família (CCF) e a parceria com o cliente.

O CNT têm por objetivo a prestação de cuidados à criança, jovem e família sem causar dano aos mesmos, emergindo daí as ENFAD para alívio da ansiedade e da dor aguda.

Sabendo-se que, “a ideologia do cuidar em enfermagem é simultaneamente humanista e científica, e esta ciência não pode permanecer desligada ou indiferente às emoções humanas – dor, alegria, sofrimento, medo, raiva (...)” (Diogo, 2012 citando Watson, 2002, 2005), e tendo em consideração a importância dos CNT, que têm por objetivo a prestação de cuidados à criança, jovem e família sem causar dano aos mesmos, surgiu a preocupação e interesse em diminuir a ansiedade e dor de crianças e jovens perante a dor aguda, com recurso às ENFAD.

Com este estágio pretendi encetar um percurso de formação no sentido do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, com especial enfoque nas questões relacionadas com a vivência da dor na criança e jovem e a mobilização das ENFAD, destacando a importância do EEESCJ na sensibilização a esta problemática, bem como, o seu papel ativo enquanto veículo de mudança de cuidados entre os seus pares.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman em que o cliente se apresenta como um sistema aberto que responde aos *stressores* do ambiente em que se insere, constitui-se como um suporte à minha visão de enfermagem no decurso deste estágio.

O Modelo de Sistemas de Neuman é uma perspetiva única baseada em sistemas abertos que fornece um foco unificador para abordar uma ampla gama de preocupações de enfermagem. Mobilizando este quadro entendo a dor aguda como um fenómeno de cuidados de enfermagem, considerando-se “(...) uma força interior, no individuo, influenciada pela idade (de desenvolvimento), capacidade física (biológica) e experiências passadas (psicológica)” (Martins & Silvino, 2010, p.342).

Num determinado momento do quotidiano, a criança, jovem e sua família, irão sofrer perturbação pelo stressor dor, surgindo o enfermeiro como elemento fulcral na minimização do impacto desse stressor para obtenção da homeostasia dos indivíduos, pelo que é essencial encontrar e mobilizar estratégias que visem esse objetivo, isto é, utilizar ENFAD como forma de minimizar as alterações energéticas do individuo quando este se confronta com situações de dor aguda, criando a possibilidade de não causar sofrimento ou de este ser mínimo e ao mesmo tempo permitir que esta vivência de dor se torne uma experiencia positiva de suporte a situações futuras que possam ocorrer (Martins & Silvino, 2010).

As ENFAD apresentam um papel ativo na diminuição dos stressores e no atingimento do conforto.“(...) Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. (...) Kolcaba considera que o (...) conforto só fica completo com a avaliação dos resultados (...)”. (Apóstolo, 2009, p.61)

A passagem de enfermeiro generalista a Enfermeiro Especialista (EE) decorre de uma apropriação de conhecimento aprofundado numa área específica da Enfermagem, atendendo às necessidades diversas durante o ciclo de vida do cliente, cabendo ao EE um entendimento e ação sobre as mesmas (Diário da República, 2011, Regulamento n.º 122/2011).

Esta apropriação de saber surge de uma auto-reflexão e do desejo de adquirir um saber maior numa área, recorrendo a um curso de especialização em enfermagem, reconhecendo no final, competência científica, técnica e humana que acrescem aos saberes gerais de enfermagem (REPE, Capítulo II, Artigo 4º, nº. 3, do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Ao longo dos anos de prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e sua família, foi nascendo em mim a vontade de uma aprendizagem constante que colmatasse os défices sentidos no quotidiano e que me capacitasse cada vez mais à prestação de melhores cuidados, podendo vir a ser uma referência para os restantes pares, bem como um elo de garantia da segurança para os clientes a quem presto cuidados, atendendo às particularidades e às necessidades de cada um.

Com o presente relatório de Estágio pretende-se dar evidência ao percurso formativo e sua importância na aquisição de competências comuns e específicas enquanto EEESCJ e ainda as atribuídas a quem possui o grau de Mestre (decreto de lei n.º74/2006; regulamento n.º122/2011; regulamento n.º123/2011).

O EE, independentemente da sua área de especialização apresenta-se como um profissional de enfermagem com um saber diferenciado (Diário da República, 2011, Regulamento n.º 122/2011) de forma a atuar multidimensionalmente em qualquer um dos níveis de cuidados, sejam eles, primários, secundários ou terciários ou ainda em domínios como a educação ou a gestão (OE, 2010a). Por conseguinte,

(...) o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. (O.E., 2010b, p.9-10)

O Estágio, com início a 29.09.2015 e término a 15.02.2016, desenrolou-se em quatro contextos diferentes, consultas externas de pediatria, internamento pediátrico, unidade de cuidados intensivos neonatais e serviço de urgência de pediatria, que

apresentam características únicas de forma a darem resposta aos diferentes objetivos propostos. Os locais de estágio foram escolhidos com o objetivo de darem não só suporte ao desenvolvimento de competências específicas de EEESCJ, que visam “(...) a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (O.E., 2011, p.10) mas também competências na área da gestão da dor em pediatria, em particular a gestão da dor aguda pediátrica e a mobilização das ENFAD, tendo-se desenvolvido atividades numa lógica de crescente complexidade de cuidados especializados à criança, jovem e cuidadores na gestão da dor aguda pediátrica, para dar resposta aos seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermeiros especialista no âmbito da satisfação da criança e do jovem;
- Promover a gestão da dor aguda em crianças/jovens.

Foram ainda identificados os seguintes objetivos específicos:

- Minimizar o impacto dos *stressores* relacionados com a experiência da hospitalização;
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções;
- Analisar práticas dos enfermeiros sobre a utilização das ENFAD aguda;
- Promover o uso de ENFAD aguda no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Para trabalhar a problemática acima referida foi necessário tomar consciência das necessidades de formação e de competências a desenvolver enquanto futuro EEESCJ, procedendo-se mais tarde ao uso da reflexão crítica, entendido como o pensar na e sobre a ação de modo a que o profissional se envolva num processo de aprendizagem contínuo que define a boa prática clínica (Schön, 1983). Essa reflexão ocorreu nos diferentes contextos de estágio, como também na participação nos diversos congressos, seminários e cursos que se revestiram de grande contributo à aprendizagem.

Para esta prática reflexiva, houve contributo da capacidade de análise crítica, da experiência profissional e do desejo de aquisição de competências específicas de

EEESCJ, numa lógica de formação de adultos, no qual a partilha de ideias e as atividades refletidas associada à motivação pessoal permitiram a mudança e melhoria das práticas diárias (Mão-de-Ferro, 1999).

Em termos de apresentação estrutural, este Relatório de Estágio inicia-se com o enquadramento teórico da temática com referência à teórica de enfermagem de suporte, bem como a definição dos principais conceitos. Posteriormente, encontrar-se-á definido o problema e objeto de estudo seguido pela descrição do percurso de estágio com as suas atividades, reflexões e contributos para a aquisição das diferentes competências comuns de EE e de EEESCJ, culminando em projeções futuras derivadas desta aprendizagem e conclusões finais.

## **1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA**

### **1.1. Modelo de sistemas de Betty Neuman**

A enfermagem como ciência de cuidado tem ao longo dos anos apresentado grande evolução, tanto nos saberes teóricos como também no saber prático. O recetor destes cuidados, na área de cuidados de saúde à criança e jovem e identificado como Pessoa, é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como,

(...) a criança/jovem e família. A criança, é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso. Esta apresenta-se dependente dos cuidados de família (...) A criança/jovem é também um centro de processos inter-relacionais (...). (OE, 2011, p.12-13)

No que concerne à definição de família, a OE considera que esta,

(...) compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Entende-se a mesma como contexto/ mesossistema, sendo os pais os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, não excluindo a importância de outras pessoas significativas/ prestador informal de cuidados, e/ou contextos na vida da criança/jovem, pelo que, nesta perspectiva, são alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. (OE, 2011, p.13)

Compete ao EEESCJ ser mediador entre os diferentes contextos e pessoas que se relacionam com a criança/jovem, de forma a assegurar a diminuição do impacto da doença e da hospitalização na mesma, pois conhece-se que, “(...)os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e harmonia” (OE, 2001, p.9).

O recurso a Teorias de Enfermagem “(...) contribui para a construção do conhecimento técnico-científico, para a melhor definição do real papel do Enfermeiro e consequente reflexo no processo do cuidar” (Martins & Silvino, 2010, p.341). O cuidar em enfermagem da criança/jovem e suas famílias destaca-se não só pela

dinâmica de interação entre a tríade mas em simultâneo pela necessidade de conhecimentos, compromisso e valores humanos, e pelo envolvimento moral do enfermeiro no cuidar (Watson, 1999).

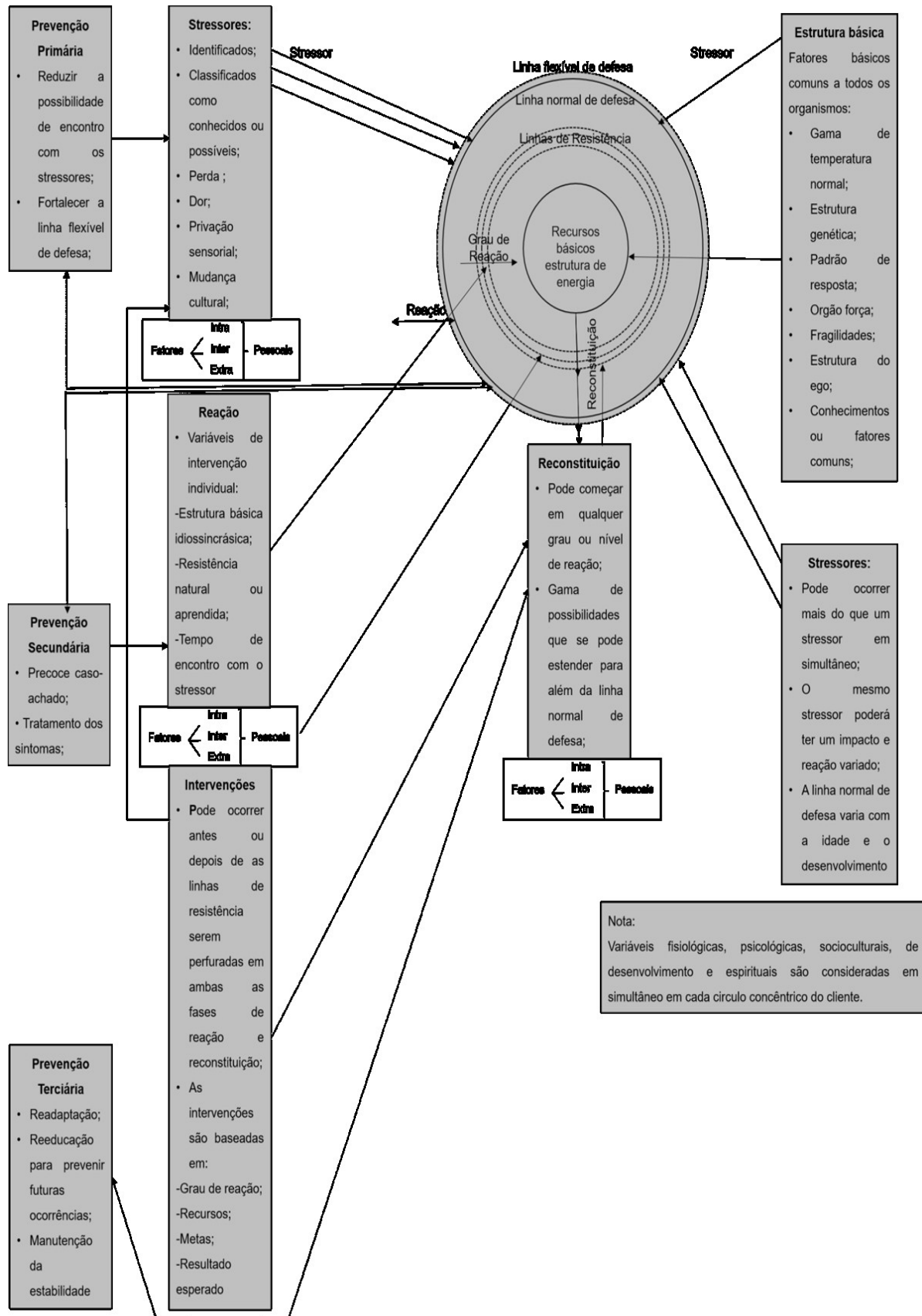
Neuman refere que a existência de uma teoria é essencial no desenvolvimento de uma profissão de enfermagem autónoma e responsável, pelo que a Teoria de Sistemas, devido ao seu modelo dinâmico e sistémico, torna os seus conceitos intemporais (Neuman, 2011).

Neste modelo, apresentado na Figura 1, é possível identificar alguns conceitos principais, tais como: a abordagem da totalidade do cliente; o sistema aberto (incluindo função, input e output, feedback, neguentropia e estabilidade); ambiente (incluindo o ambiente criado); sistema do cliente (incluindo cinco variáveis no cliente, estrutura básica, linhas de resistência, linha normal de defesa e linha flexível de defesa); a saúde (bem-estar, doença e stressores); grau de reação, prevenção, intervenção (três níveis); e reconstituição (Neuman, 2011; Alligood, M. R. (2014). A clarificação destes conceitos é apresentada no Apêndice I.

Esta abordagem da totalidade do cliente é entendida como um foco unificador para a definição de problemas de enfermagem e para a compreensão do cliente em interação com o meio ambiente.

A influência do ambiente no cliente está presente no modelo teórico de Betty Neuman, designado como Modelo de Sistemas, que assenta na interação entre *stressores*, reação do organismo para se tentar adaptar aos mesmos e individuo que interage com o ambiente, intrínseco ou extrínseco (Alligood, 2014), isto é, a pessoa encontra-se inserida num sistema, que pode ser a família, a comunidade em que se insere ou a própria instituição de saúde em que se encontra, o que implica a interação entre a pessoa e o meio e sofre influência de factores de *stress*. Esta interação poderá resultar num desequilíbrio da homeostasia do organismo, causando situações de doença ou falta de bem-estar (Martins & Silvino, 2010). Uma síntese dos pressupostos deste modelo encontram-se em Apêndice II.

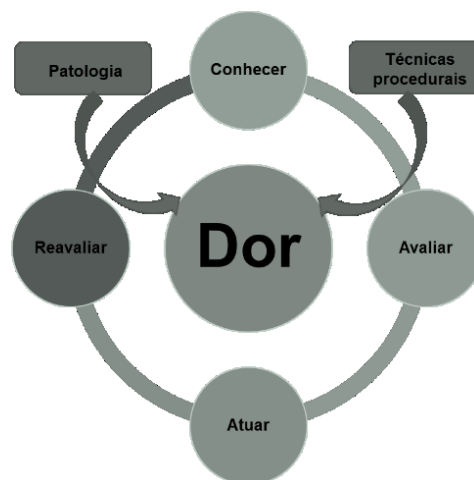




**Figura 1 - Modelo de Sistemas de B. Neuman traduzido em português (traduzido e adaptado de: Neuman, 2011)**

Este sistema aberto e dinâmico é modelado por variáveis destacando-se, as fisiológicas, as psicológicas, as socioculturais, as de desenvolvimento e as espirituais, em que o indivíduo e o ambiente estabelecem entre si uma relação intra, inter ou extra pessoais (Martins & Silvino, 2010; Alligood, 2014). A interação entre as diferentes variáveis, energia dispendida para o organismo se adaptar aos diferentes stressores, “(...) determina o grau de resistência que uma pessoa tem em qualquer situação de enfrentamento (...) o homem é único e, para tanto, apresenta características individuais; porém, é um sistema aberto em interface total com o ambiente” (Martins & Silvino, 2010, p.342).

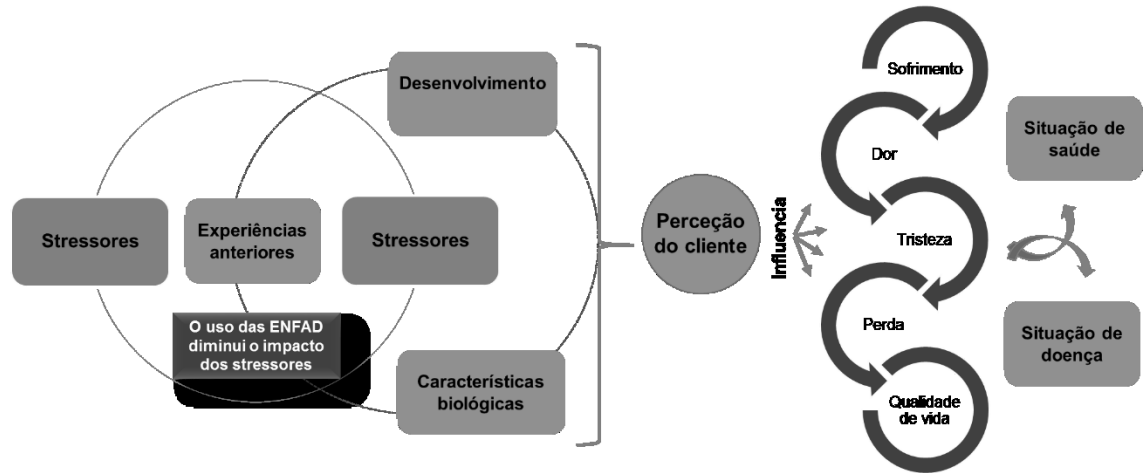
A dor apresenta-se como elemento potencial para causar perturbação ao indivíduo e o ambiente em que ocorre e é gerida, reveste-se de grande importância para a reobtenção do equilíbrio. A gestão da dor representada pela Figura 2 é alvo das competências específicas do EEESCJ (O.E., 2010b) e dos padrões de qualidade nesta área (OE, 2011).



**Figura 2 – Gestão da dor**

Os cuidados desenvolvidos pelo EEESCJ e que foram foco durante este processo de aprendizagem, vão incidir sobre os fatores causadores de desequilíbrio no cliente, como a dor, a ansiedade, o sofrimento, a tristeza. Através dos cuidados especializados e do uso das ENFAD, o enfermeiro promove e trabalha na criança/jovem e sua família ferramentas que permitam superar o desequilíbrio e adquirir

novamente a homeostasia orgânica, prolongando-a durante o maior período de tempo possível, tal como se observa na Figura 3.



**Figura 3 – O Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a Gestão de Dor**

Neuman entende a pessoa alvo de cuidados como um ser global, multidimensional e que sofre permanentemente influência do ambiente envolvente surgindo a necessidade de um equilíbrio dinâmico e permanente. Porém, quando este equilíbrio holístico não é obtido, surge o momento oportuno para referir que surge o desequilíbrio e por conseguinte, a doença. Como tal,

a doença e o processo de hospitalização são os primeiros estressores aos quais as crianças são submetidas, e como ainda possuem limitados mecanismos de defesa para essas situações, suas reações podem ser as mais variadas possíveis. Desta forma, acredita-se que o modo de a criança reagir à hospitalização depende de sua idade, da preparação, das experiências anteriores com doenças, das condições emocionais e do apoio da família e da equipe de saúde (...)." (Martins & Silvino, 2010, p.341)

O *stress*, integrado no Modelo de Sistemas, gera o desequilíbrio que pode levar a uma crise na pessoa que o vivencia, sendo apenas ultrapassado se houver bases e uma preparação anterior que o permita. As ENFAD como estratégias de alívio da dor e ansiedade atuam em diferentes dimensões humanas, tais como, fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, permitindo reduzir o efeito do *stress* e promovendo o equilíbrio dinâmico. O mesmo é confirmado pela afirmação:

no que tange ao estressor dor, acredita-se que este mereça destaque, pois a criança apresenta dificuldade em suportar os procedimentos clínicos, que muitas vezes são dolorosos e traumatizantes, a estes se atribui a origem dos custos não mensuráveis (intangíveis) no

processo de hospitalização infantil. (...) assistência atraumática que pressupõe intervenções voltadas a eliminar ou minimizar os desconfortos físicos e psicológicos experimentados pela criança e seus familiares, seja na realização de um procedimento, seja na própria internação hospitalar.” (Martins & Silvino, 2010, p.343)

Os cuidados de enfermagem visam a manutenção da saúde da pessoa, dando-lhe suporte à manutenção desse equilíbrio. Para tal, é essencial que o EE efetue o mais corretamente possível o diagnóstico de necessidades do cliente a quem presta cuidados, identificando os *stressors* que possam vir a perturbar a homeostasia, atuando sempre quanto possível na prevenção do desequilíbrio e quando necessário prestando cuidados holísticos a fim de que o cliente reencontre o equilíbrio.

Este diagnóstico inicia-se aquando da compreensão da estrutura básica do cliente, das suas linhas de resistência, as normais e as flexíveis, devendo apresentar objetivos a curto, médio e longo prazo a fim de obter ou manter o equilíbrio da criança/jovem e sua família, culminando sempre como uma nova avaliação de atingimento de metas que permitem perceber se os objetivos iniciais foram alcançados. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman apresenta a pessoa como um ser holístico e os cuidados baseados neste modelo são globais, dinâmicos e encontram-se em interação com o cliente e todos os fatores que o envolvem (Alligood, 2014).

## **1.2. Cuidados Não Traumáticos e Cuidados Centrados na Família**

A mobilização de estratégias para o controlo da dor traduz-se na prestação de cuidados não traumáticos (CNT), que se entendem como, “(...) o fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares (...) no sistema de cuidados de saúde. (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11-12)

A prática de cuidados do EEESCJ, deve ir de encontro ao objetivo dos cuidados não traumáticos que é o de não casuar dano, e ainda, reger-se pelos três princípios que os caracteriza, “ (...) (1) prevenir ou minimizar a separação da criança e da sua

família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (...).” (Hockenberry. & Wilson, 2014, p.11-12)

De salientar ainda que os locais de prestação de cuidados de saúde são muitas vezes lugares ansiogénicos, não só para os clientes mas também para os próprios profissionais de saúde, dos quais se destacam os enfermeiros (McGrath, 2014). Estes, tal como os clientes, apresentam-se como um sistema aberto e dinâmico, pelo que um maior conhecimento e controlo sobre a temática da gestão da dor, permitirá que os cuidados prestados sejam no caminho da satisfação das necessidades apresentadas pelo cliente e retorno ao seu estado de saúde, na qualidade e segurança dos cuidados, e na experiência hospitalar para obtenção da excelência profissional.

Nesta linha de pensamento que se promove e se pode abordar nesta temática, a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), e os princípios e valores que a constituem são fundamentais na presente temática, da gestão da dor na criança e jovem.

Os CCF assentam em vários princípios: a partilha de informação (em que ocorre uma troca de informações clara, objetiva e imparcial), o respeito e cumprimento pelas diferenças (adaptando-se a prestação de cuidados às diferentes culturas, tradições e preferências de cuidados), a parceria e colaboração (em que as decisões clínicas são tomadas no sentido da melhor satisfação das necessidades com inclusão das famílias na decisão terapêutica), a negociação (em que as decisões sobre os cuidados são flexíveis e não uma decisão única e absoluta) e os cuidados em contexto de família e comunidade, em que sempre que possível oferecem-se as ferramentas necessárias para que a criança e jovem possam ser cuidados no ambiente que lhes é conhecido, retirando-os do ambiente hospitalar ou criando neste as comunidades que diminuam o impacto dessa mesma hospitalização (Kuo *et al*, 2012).

É necessário assim, que ocorra parceria entre os enfermeiros e os cuidadores de forma a ultrapassar mais facilmente as dificuldades e deste modo proporcionar melhores cuidados às crianças. Considera-se existir parceria quando existe uma relação entre duas ou mais partes, que partilham um objetivo e pela presença mútua

de respeito, valorização da perícia familiar, de partilha de toda a informação e da articulação no momento da tomada de decisão (McGrath, 2014).

Os pais não são meros expectadores da situação clínica dos seus filhos. São parte ativa, participante e decisiva nos cuidados aos mesmos.

A parceria de cuidados resulta de uma diminuição dos eventuais problemas éticos que possam surgir e na melhor tomada de decisão nos cuidados à criança, tomando sempre em consideração as suas necessidades (McGrath, 2014).

Os cuidados centrados na família apresentam os seguintes elementos-chave:

1. Compreender a família como uma constante na vida da criança;
2. Facilitar a parceria é primordial;
3. Individualizar os cuidados de saúde porque a criança/ jovem e sua família também são únicas;
4. Fazer as famílias parceiras e participantes no programa de desenvolvimento, implementação e avaliação;
5. Permitir a formação política;
6. Honrar a diferenciação familiar;
7. Reconhecer a força familiar e a sua individualidade, celebrando todas as diferenças como validas;
8. Respeitar e suportar diferentes métodos de *coping* familiar;
9. Partilhar com a família as informações;
10. Encorajar e facilitar o suporte em grupos de família;
11. Compreender e incorporar as necessidades de desenvolvimento da criança/jovem e família;
12. Implementar programas e políticas compreensivas que dão suporte às necessidades da família;
13. Definir sistemas de cuidados de saúde acessíveis, que sejam flexíveis, culturalmente competentes e que respondam às necessidades identificadas pela família (McGrath, 2014).

Entendo assim, que os CCF assentam desta forma na abordagem holística de Neuman, assente nos princípios da possibilitação e *empowerment* (McGrath, 2014). Possibilitação, quando se dá a oportunidade às famílias de desenvolverem ações e *empowerment* quando se oferece á família as ferramentas necessárias para mobilizarem mais tarde em situações de doença.

Os CNT e os CCF são pilares integrantes e fundamentais nos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria e não podem ser dispensados na abordagem à dor aguda em pediatria.

### **1.3. Dor pediátrica**

#### **1.3.1. A dor na criança e jovem**

A dor, como sensação presente ao longo do ciclo de vida humano (Mota & Gonzalez, 2006; Fernandes, 2000) é desde há muito interesse de estudo (ver apêndice VI), sendo definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como, “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidular concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (IASP, 1994). Como é possível de se observar no Apêndice III, em Portugal também a problemática da dor e a importância do seu alívio é reconhecida. A dor é considerada normal e revela-se como uma manifestação fisiológica, bioquímica e com alterações comportamentais, que estão associadas a uma instabilidade hemodinâmica (Greenwald, 2010).

Reconhece-se à dor uma função de alerta, com efeito dissuasor, tendo um efeito de socialização e de construção da personalidade, implicando uma paragem e um olhar profundo para o ser humano (Mota & Gonzalez, 2006; Fernandes, 2000).

Compreende-se assim que, “(...) a dor surge quase sempre definida por referência ao campo experiencial do sujeito e não aos fenómenos neuro-fisiológicos



envolvidos. Falar sobre a dor exige o recurso aos sentimentos e emoções (...)" (Fernandes, 2000, p. 145).

É percebida por crianças, jovens, adultos e idosos, contudo a dificuldade de a avaliar encontra-se intrinsecamente relacionada com a subjetividade da mesma, como as situações cujo cliente apresenta dificuldade em expressar-se, de que são exemplo as crianças, e por conseguinte dificuldade de atuação (Batalha, 2010).

A dor apresenta características próprias e essas características são motor na forma como o enfermeiro deverá abordar o cliente com dor, reconhecendo que a dor é individual em associação com a história pessoal, subjetiva, única, pois também cada pessoa tem as suas características pessoais, multidimensional pois apresenta influências de vários elementos intrínsecos e extrínsecos ao ser humano e dinâmica, pois a dor pode sofrer alterações na forma como se apresenta e manifesta (Mota & Gonzalez, 2006; Fonseca & Santos, 2006; Pires, 2006; Sedin, Barbosa & Bassanezi, 2006; Batalha, 2010).

Deodato (2003) citada por Fonseca & Santos (2006) refere que,

a dor é um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas que se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além da sensação, é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais dos que a rodeiam. (Fonseca & Santos, 2006, p.29)

Entre os diversos fatores que influenciam a dor, destacam-se alguns, como, a idade, o sexo, a personalidade, o suporte parental, as experiências prévias, a cultura e educação, a religião, a origem social, o estímulo doloroso, o ambiente, a hora do dia, a presença dos pais, o estado emocional e a atitude dos pais, a preparação e informação (Fernandes, 2000; Mota & Gonzalez, 2006).

A integração de um acontecimento traumático, como seja o caso de um acidente, doença ou dor aguda, pode ser perspectivado pela criança e jovem de forma diferente, contribuindo para essa diferenciação os conceitos previamente formados de saúde e doença, o temperamento, a resiliência e as estratégias de *coping* (Lebet, 2003).



Em Portugal no ano 2000 era reconhecido que a dor da criança e jovem era sub-avaliada, carecendo da mobilização de diferentes estratégias no alívio da dor, fossem elas farmacológicas ou não, carecendo da correta avaliação da dor através de escalas de dor e por conseguinte, da construção de protocolos de atuação perante a dor (Fonseca & Santos, 2006).

Desta forma, ao longo dos anos tem-se vindo a ter como objetivo major, a diminuição do impacto doloroso no quotidiano da criança e jovem, sendo importante entender a dor enquanto experiência subjetiva e singular, causadora de sofrimento, e cabendo ao enfermeiro reconhecê-lo, minimizá-lo ou eliminá-lo (Lecussan & Barbosa, 2006).

A ideia sobre doença e a vivência da dor não é verbalmente manifestada pelo lactente. Porém, é sabido que a criança em idade pré-escolar, entende essa situação como punição, não compreendendo a razão de estar doente ou de experienciar a dor. Na idade escolar a criança como já apresenta um conhecimento sobre a sua situação de doença, não interpretando a ida ao hospital e o tratamento para o alívio da dor, como comportamento punitivo mas a sua compreensão é simples sobre o motivo de doença. Por fim, os adolescentes com o seu pensamento abstrato desenvolvido conseguem entender o estado de saúde e de doença, acreditando que têm controlo sobre tudo o que se passa com o seu organismo, pelo que é comum nesta idade que testem limites, situação frequente em adolescentes portadores de doença crónica, ocorrendo o incumprimento da sua terapêutica habitual (Lebet, 2003).

É essencial por isso, que o enfermeiro escute e observe, respeitando a família do cliente. É importante questionar os pais e a criança (quando esta comunica) sobre a dor sentida e as suas experiências anteriores dolorosas, conhecendo desta forma a sua reação habitual e identificando estratégias que possam ser usadas para alívio do sofrimento. Ao mesmo tempo que se escuta e comunica com os pais e criança é importante estar atenta aos seus comportamentos e aos sinais que esta vai emitindo, tais como, choro, movimento do corpo e forma de consolação, isto é, “ver a dor exige que se olhe primeiramente para quem tem dor” (Fernandes, 2000, p. 172).

Este interesse genuíno pela situação de dor da criança ou adolescente permite uma aproximação profissional entre o enfermeiro e o cliente pediátrico, conseguida através de uma comunicação eficaz, do recurso a estratégias não farmacológicas, pela promoção da confiança e do estabelecimento de uma relação de ajuda com a criança e jovem. Compreender a dor da criança torna-se tão mais difícil quando menor é a idade da criança ou quanto menos ela comunique, pelo que o enfermeiro deverá recorrer a um conjunto de avaliações relativamente ao comportamento físico (movimento dos membros superiores e inferiores, agitação corporal, posição adotada, fúrias), comportamento psicológico (choro, gemido, prostração) e à avaliação dos sinais vitais, cuja alteração poderá significar uma alteração do conforto da mesma (Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010).

Desta forma, atender aos indicadores comportamentais de dor na idade pediátrica, como é passível de consultar no Apêndice IV, é fundamental na determinação da dor no cliente pediátrico que não comunique, seja essa não comunicação associada à imaturidade do desenvolvimento, quer seja à patologia.

A nociceção envolve respostas do sistema nervoso periférico, do sistema nervoso autónomo, do sistema musculo-esquelético e do sistema nervoso central, implicando a passagem por quatro estados diferentes, como a transdução, o processo central de abstração, a modulação e o desenvolvimento e plasticidade.

A dor é ainda influenciada pela idade, desenvolvimento cognitivo, experiências anteriores de dor, causa, intensidade e modo de resolução da dor (Jacob, 2014), devendo-se avaliar a dor em seis domínios, “(...) a intensidade da dor, a avaliação global de satisfação com o tratamento, os sintomas, os efeitos adversos, a recuperação física, a resposta emocional e os fatores económicos” (Jacob, 2014, p.189).

A dor não tratada leva a consequências negativas no organismo: aumento da tensão arterial, taquicárdia, dispneia com predomínio da polipneia, hiperglicemia, rubor facial ou palidez cutânea, diaforese, pupilas dilatadas, diminuição do consumo

de oxigénio e por conseguinte diminuição da saturação de oxigénio, músculos tensos principalmente na zona dolorosa, náuseas e/ou diminuição da motilidade gástrica (Brinker, 2003; Fonseca, 2006). Os recém-nascidos e lactentes podem ainda apresentar, apneia, mudança de coloração cutânea, convulsões, choro soluçado ou gemido (Brinker, 2003).

Contudo, apesar de a dor ter manifestações físicas observáveis, esta “(...) não pode constituir um simples dado biológico, mas pode ser processo de humanização, variável no espaço e no tempo.” (Fernandes, 2000, p.7) Este processo de humanização, auxilia a evitar as consequências da dor pediátrica aguda e crónica não tratada.

De acordo com Machado, Marcatto & Silva (2006), as principais consequências da dor pediátrica aguda não tratada são, depressão do sistema imunitário, agravamento dos sintomas da patologia de base, alterações neuroendócrinas, atraso do período de recuperação; hipertensão arterial; aumento da frequência cardíaca; contratura muscular, alterações renais, alterações gastroenterológicas, ansiedade e irritabilidade. Por sua vez, as principais consequências da dor infantil crónica não tratada são, as alterações metabólicas, mudanças no padrão de sono, falta de apetite, diminuição da capacidade de concentração, reclusão e isolamento, depressão, hostilidade e dificuldade de relacionamento (Machado, Marcatto & Silva, 2006).

Assim, a aposta dos enfermeiros nos cuidados humanizados, vão de encontro ao reconhecimento dos benefícios do alívio da dor. O alívio da dor é um direito da criança e “ (...) as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 1988, p.9), apresentando os cuidados humanizados um papel preponderante nessa mesma modulação da dor. Este cuidado humanizado revê-se na presença do cuidador principal e no seu afeto que auxiliam a moderar o stress e dor vivenciado pela criança e jovem durante o processo de saúde e doença (Levy, 1991).

Assim, Gentil Martins, refere que:

humanizar é adaptar às necessidades e direitos do ser humano. Depende das noções que se tem do que é ser humano e de quais são os seus direitos. Depende portanto da informação

científica, da ideologia, do sistema de crenças e das características psicológicas de quem detém o poder para humanizar. (Gentil Martins, 1991, p.25)

### 1.3.2. A importância da gestão da dor

A dor é por vezes subvalorizada devido à influência da cultura, da não avaliação da dor e também associado a mitos, o que leva a que esta possa ser escondida, negada, vivenciada e exteriorizada de forma diferente (Batalha, 2010; Fonseca & Santos, 2006), isto é, “(...) é difícil para alguém descrever a própria dor e praticamente impossível para qualquer um conhecer completamente a experiência dolorosa de outra pessoa (...)” (Mota & Gonzalez, 2006, p.14).

Existem diversas barreiras à gestão da dor no sentido de a aliviar, sendo elas: as histórias de dor incompletas, o preconceito de que todos os clientes hospitalizados têm dor, subestimar ou desconsiderar os efeitos da dor sobre a qualidade de vida, desconhecer os aspetos fisiopatológicos da dor, desconhecer ou não valorizar os métodos para a sua avaliação, atribuir as queixas de dor a aspetos unicamente emocionais, temer excessivamente os efeitos adversos dos opiáceos (Mota & Gonzalez, 2006; Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010).

A avaliação da dor é uma premissa na correta gestão da dor e apresenta um papel ainda mais relevante quando se trata de avaliar a dor em clientes que não se conseguem exprimir verbalmente e que apresentam os seus comportamentos habituais alterados para o padrão (Batalha, 2010; Vinall & Grunau, 2014).

As escalas de avaliação de dor usadas em neonatologia devem ser escalas de hetero-avaliação, baseadas no comportamento e que sejam sensíveis às alterações comportamentais que possam ocorrer perante a exposição do neonato à dor aguda prolongada.

A correta escala de dor deve ainda permitir ser específica o suficiente para que não ocorra avaliação do *stress* quando se pensa que apenas se está a avaliar a dor, atendendo que as respostas à dor neonatal também variam de acordo com o estado

sono-vigília, a gravidade da doença, bem como a duração da exposição à dor (Vinall & Grunau, 2014).

Para a criança e jovem são sugeridas diversas escalas de avaliação da dor, de acordo com o contexto em que se encontram e com o desenvolvimento, sendo que no decorrer da minha prática de enfermagem tenho tido a possibilidade de aplicar as escalas de autoavaliação e hetero-avaliação (Batalha, 2010; Jacob, 2014), disponíveis para consulta do Apêndice V.

A dor aguda é desde há muito fenómeno importante dos cuidados de enfermagem e a documentação científica comprova essa mesma importância que é dada (Brinker, 2003; Royal College of Nursing, 2009; Batalha, 2010; Jacob, 2014). Nesta área são diversas as indicações dadas para a melhor gestão da dor aguda pediátrica com pilar assente na parceria de cuidados desenvolvida entre enfermeiro e criança /jovem e seu cuidador, tais como: acreditar na criança/jovem e na dor que esta refere sentir; privilegiar a auto-avaliação sempre que possível, dando tempo para que esta possa expressar a dor e atender ao comportamento habitual da criança/jovem, privilegiando o conhecimento dos cuidadores sobre esse comportamento; dialogar de forma a conhecer o mais profundamente possível a história de dor, e o impacto deste stressor na vida do cliente pediátrico; manter o mesmo instrumento de avaliação de dor se adequado e se este se apresentar como o mais rigoroso; proporcionar o melhor alívio da dor aguda, pela mobilização das diferentes estratégias conhecidas, atendendo que na dor intensa se deve dar prioridade ao tratamento (DGS, 2010).

Atualmente reconhece-se a dor como um stressor e a vivência de dor aguda poderá levar a *stress* pós traumático, pelo que se recomenda um apoio avançado para prevenção desse *stress*, assente no alívio ou modificação do impacto das situações de stress, no suporte emocional e na presença familiar (*The National Child Traumatic Stress Network*, s.d., *in site*).

Tem havido grande evolução nesta área, através da aquisição de novos conhecimentos sobre a fisiopatologia da dor, da melhoria dos instrumentos de avaliação da dor (Jacob, 2014) e da eficácia do registo da avaliação da dor e sua

história (Batalha, 2013), o que tem vindo a apresentar como ferramentas para prevenção do *stress* pós traumático.

Contudo, ainda é inadequada a sua gestão (Batalha, 2013), pois após a avaliação inicial imperam as medidas farmacológicas em detrimento das intervenções não farmacológicas, caracterizadas como intervenções autónomas de enfermagem, que são negligenciados ou incorretamente realizadas pelos profissionais de saúde (Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010; Batalha, 2013; Jacob, 2014), emergindo a necessidade de sensibilizar os profissionais, aumentando a sua aplicação e adaptando à realidade dos contextos (Batalha, 2013).

A dificuldade comunicacional, insuficiente uso de escalas de avaliação de dor, dificuldade em avaliar e as insuficientes medidas de alívio são obstáculos à gestão eficaz da dor pediátrica (Batalha, 2010).

Twicross corrobora ao afirmar que a gestão de dor ainda é pobre, levando a um injustificado sofrimento por parte do cliente pediátrico (Twicross, 2010), para tal, contribuindo o défice de conhecimento, crenças erróneas ou desatualizadas, diminuta reflexão para a decisão-ação e problemas na cultura organizacional. Deste modo torna-se fundamental a realização de sessões de ensino com os clientes, cuidadores e outros profissionais e a concretização de processos de aprendizagem por parte dos profissionais de enfermagem, de que são exemplo, os jornais de aprendizagem (Twicross, 2010; Oakes, 2011).

A dor aguda apresenta-se multicausal, originária de “(...) tratamentos médicos, procedimentos cirúrgicos, lesão, infeção ou agravamento da doença subjacente” (Jacob, 2014, p.189), afetando não só a criança ou jovem mas igualmente os seus cuidadores, sendo essencial a abordagem à dor seguir os cuidados centrados na família, “uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços, e as interações entre clientes, família, médicos, enfermeiros e todos os membros da equipa de cuidados de saúde” (AAP, 2003 citado por Jacob, 2014, p.1026). Garante-se o bem-estar supremo da criança ou jovem e sua família assente numa relação de respeito,

valorizando aspetos positivos e atendendo á cultura e conhecimentos que todos os elementos trazem para a mesma, compreendendo-se que o cuidar do cliente no contexto familiar permitirá cuidados de saúde de excelência, maior segurança e satisfação (O'Malley, Brown, & Krug, 2008).

A doença e dor aguda causam na família grande ansiedade e por vezes sentimentos de culpa e medo, sendo imprescindível o apoio do enfermeiro para a diminuição desse impacto (Jorge, 2004).

Brinker (2003) citando Wong & Hess (2000) apresenta a mnemónica para a gestão da dor em pediatria:

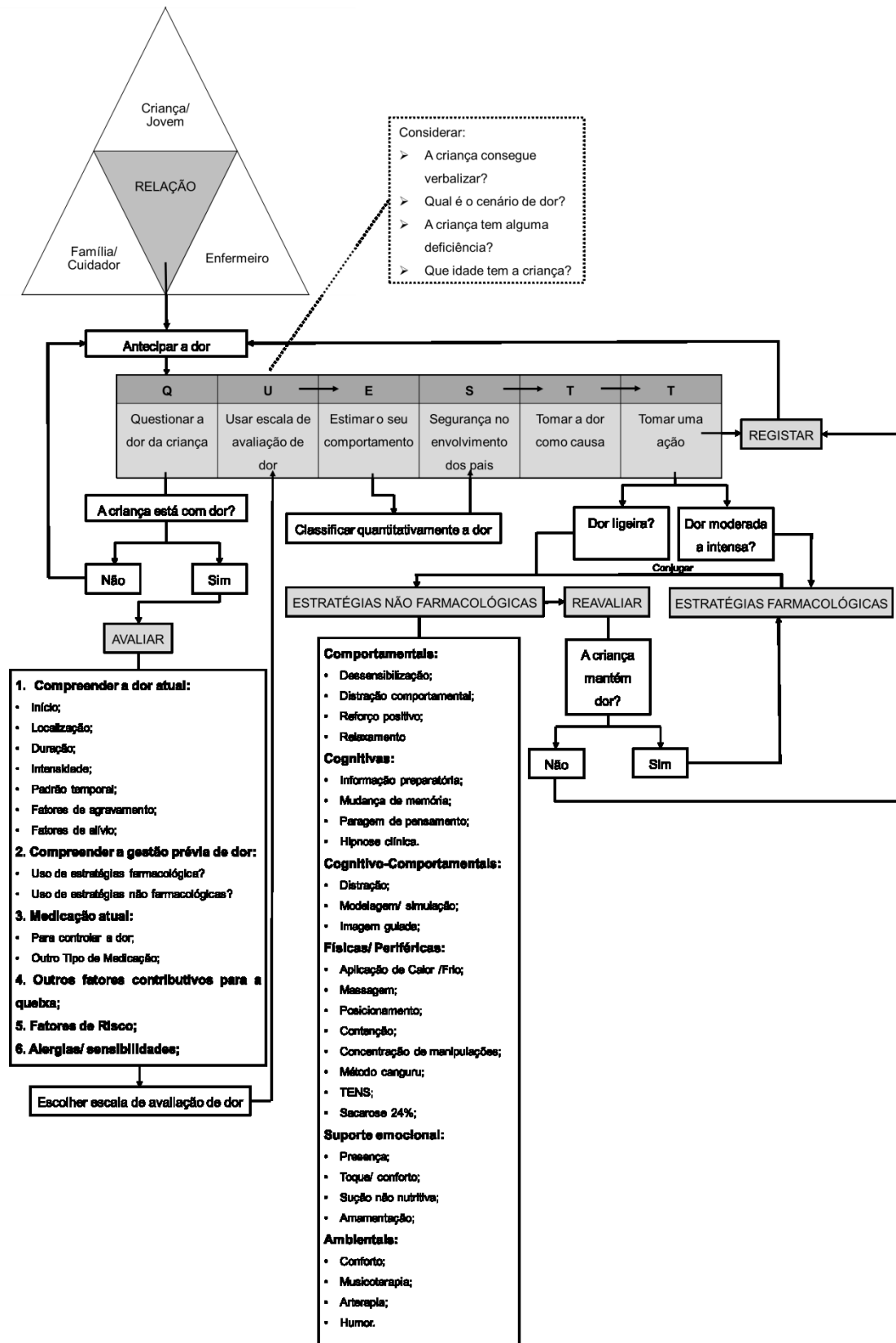
- Q – Questionar a dor da criança;
- U – Usar escalas de avaliação de dor
- E – Estimar o seu comportamento
- S – Segurança no envolvimento dos pais
- T – Tomar a dor como causa
- T – Tomar uma ação

A gestão de dor eficaz é importante na criança e jovem a fim de minimizar o impacto negativo da dor, conhecendo-se que os efeitos do estímulo nódico, derivado do estímulo doloroso, atuam no nível do sistema nervoso central, de uma forma mais profunda na criança do que no adulto, pelo que impera o seu alívio o mais precocemente possível (Oakes, 2011).

A gestão da dor aguda na criança e jovem deverá desta forma ser realizada por etapas que vão permitindo caracterizar a dor e dar a informação necessária ao enfermeiro sobre a melhor maneira de atuar. Pretende assim, detetar as necessidades na área da dor da criança e jovem e reconhecer os seus fatores de alívio, abordando-se o cliente de uma forma global, isto é, holística.

Para tal, e de acordo com a literatura realizei um algoritmo que pretende auxiliar na melhor gestão da dor aguda em pediatria e que está representado na Figura 4.

### Algoritmo da dor aguda em pediatria



**Figura 4** - Algoritmo da gestão da dor aguda em pediatria (baseado em: Royal College of Nursing, 2009; Brinker, 2003)



#### **1.4. Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda**

As ENFAD são formas de lidar com a dor, podendo ajudar a reduzir a sua perceção, tornando-a mais tolerável, e a diminuir a ansiedade (Gil, 2011). São ações de enfermagem autónomas, seguras, não invasivas e económicas que se aplicam no tratamento e alívio da dor ligeira e moderada (Batalha, 2010).

As ENFAD, são para além da colheita de história rigorosa de dor, da avaliação e do tratamento, parte integrante da gestão da dor (DGS, 2010).

A dor aguda não tratada pode originar dor crónica (Greenwald, 2010) e as ENFAD auxiliam na prevenção da dor crónica, sendo que em Portugal, no ano de 2008, do total de clientes pediátricos analisados de doze hospitais do país, "(...) 55% dos doentes estavam polimedicados, e em 56% a dor interferia com a sua vida diária (...)" (Gonçalves, 2008, p.6). A mesma autora refere que à data, 15% dos clientes pediátricos experienciavam dor crónica associada à perpetuação da dor aguda, facto que se deve a uma subestimação da dor pediátrica por parte dos enfermeiros (Cunha, 2011; Jacob, 2014) Em 2011, 13.5% da população pediátrica em Portugal sofria de dor moderada a intensa (Cunha, 2011), com grave risco de passar a dor crónica.

Conhece-se ainda que entre 2002 e 2012, "(...) as crianças livres de dor subiram de 37% para 75% (...) a prevalência das intervenções farmacológicas não se alterou (43% versus 42%), mas a implementação de estratégias não farmacológicas baixou significativamente (72% versus 15%)." (Batalha, 2013,p.16)

A compreensão por parte do enfermeiro de que uma situação causadora de dor pode provocar na criança ou adolescente consequências psicológicas a curto e longo prazo é fulcral para a adoção de ENFAD (Lewandowski & Frosh, 2003). Os mesmos autores consideram que uma experiência desta natureza poderá ter consequências físicas, psicológicas, sociais, espirituais, familiares, na comunidade e para os cuidadores e em última instância poderá originar o síndrome de stress pós-traumático.

As crianças e os pais podem ter reações de *stress* quando se encontram perante situações traumáticas, de que é exemplo, a dor, uma lesão corporal, uma doença

grave, os procedimentos médicos, o tratamento invasivo ou as experiências assustadoras. Essas reações de *stress* podem incluir alterações psicológicas e surgimento de sintomas fisiológicos, tais como, a excitação, a lembrança constante do ocorrido ou comportamentos de evitamento. Quando se constata a persistência desses sintomas, causadores de sofrimento, poder-se-á considerar que estamos perante um indivíduo com Síndrome de *Stress* Pós Traumático (*The National Child Traumatic Stress Network*, s.d., *in site*).

Para a prevenção do Síndrome de *Stress* Pós Traumático e alívio da dor, é importante que a criança e jovem encontrem métodos de *coping*. Estes métodos possibilitam a mobilização das ENFAD, facilitadores de uma correta gestão da dor. A perpetuação de dor, influencia a habilidade da criança e jovem para processar, compreender e encontrar métodos de *coping*, diminuindo a tolerância à frustração e desconcentrando a criança e jovem do seu foco, incapacitando-a da realização de métodos de alívio da dor.

As ENFAD assumem desta forma um papel essencial na prevenção e modulação deste *stress* pós traumático.

Desta forma, “um tratamento pediátrico adequado deve considerar todos os aspetos relacionados com a situação e deve atuar sobre os fatores de estresse de uma forma multidimensional efetiva e precisa” (Lecussan & Barbosa, 2006, p.19), compreendendo que “ (...) a intervenção psicológica é tão importante quanto a intervenção terapêutica” (Sendin, Barbosa & Bassanezi, 2006, p.100). A utilização das ENFAD vai desta forma contribuir para esta modificação do impacto da experiência da dor no indivíduo, sendo uma estratégia que vem “(...) reforçar a linha flexível de defesa do indivíduo para minimizar a possibilidade de um estado de enfermidade” (Martins & Silvino, 2010, p.342).

As ENFAD contribuem para modificar o significado da dor conseguindo-se através da sua utilização “ (...) uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da

dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (...)” (OE, 2013, p.17).

Com a mobilização destas estratégias é possível a prestação de cuidados não traumáticos que fazem parte da filosofia de cuidados em pediatria que se entendem como: “ (...) o fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares (...) no sistema de cuidados de saúde. (...)” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11-12).

As ENFAD promovem a sensação de controlo, pois ocorre a possibilidade de escolha da estratégia e por conseguinte uma diminuição da ansiedade, para além de reduzirem o impacto da lesão corporal (Batalha, 2010; Jacob, 2014).

Os resultados que advém do uso destas estratégias, são elogiados por crianças, jovens e cuidadores e são motivação à continuação do uso das mesmas (Gil, 2011).

Podem ser classificadas em 6 tipos diferentes (ver Apêndice VI), de acordo com o seu objetivo de ação e modo de aplicação, sendo elas: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, de suporte emocional e ambientais (OE, 2013).

As estratégias não farmacológicas comportamentais são as que envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (OE, 2013), fazendo parte destas estratégias, a dessensibilização, a distração comportamental, o reforço positivo e o relaxamento.

Por sua vez, as estratégias não farmacológicas cognitivas encontram-se descritas como as que utilizam métodos mentais para alívio da dor (OE, 2013), encontrando-se neste tipo, a informação preparatória, a mudança de memória, a paragem de pensamento e a hipnose clínica.

A junção das características dos dois tipos de estratégias anteriores culmina na estratégia não farmacológica cognitivo-comportamental, isto é, utilizam-se estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (OE, 2013), fazendo parte a distração, a modelagem ou simulação e a imagem guiada.

As estratégias não farmacológicas físicas ou periféricas são as que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular (OE, 2013), sendo constituídas por aplicação de calor ou frio, massagem, posicionamento, contenção, concentração de manipulações, o método canguru, a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e a sacarose a 24%.

As estratégias não farmacológicas de suporte emocional implicam a presença de alguém que promova o conforto (OE, 2013), pelo que faz parte desta estratégia a presença, o toque ou conforto, a sucção não nutritiva e a amamentação.

Por último as estratégias não farmacológicas ambientais são traduzidas pelas melhorias ambientais (OE, 2013), tais como o ruído, temperatura e decoração, surgindo o conforto, a musicoterapia, a arteterapia e o humor.

De entre as múltiplas ENFAD, a presença da família, especificamente dos pais, é estratégia de destaque durante o processo de gestão da dor. Outras estratégias são salientadas no alívio da dor na criança e jovem, como, a distração, o ambiente adequado e o conforto, apesar de que todas têm função no processo de gestão da dor, e um maior conhecimento sobre as mesmas permite por conseguinte uma resposta às necessidades da criança e jovem (Fonseca & Santos, 2006).

É de notar que a utilização de intervenções não farmacológicas deve ser usada em complementaridade com a terapêutica farmacológica e não em substituição desta. A seleção das intervenções não farmacológicas ocorrerá de acordo com a preferência da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível. (DGS, 2012).

Contudo, não bastará a utilização das estratégias, recomendando-se para a eficaz gestão da dor pediátrica que o enfermeiro se mantenha junto da criança, planeie novos cuidados e atenda a agrupar os procedimentos que executa sempre que possível (OE, 2013).

A compreensão do benefício da utilização das ENFAD no alívio da dor aguda na criança e jovem, é uma competência reconhecida ao enfermeiro especialista, tendo sido foco de interesse a desenvolver ao longo deste processo de formação.

## 2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

A dor faz parte da condição humana ao longo do ciclo de vida e pode derivar tanto de uma patologia, como de exames e tratamentos a que o indivíduo é submetido, sendo por isso, desde há muito, objeto de estudo e interesse em enfermagem.

A compreensão por parte da Enfermagem sobre a dor é um processo contínuo e que ao longo dos anos tem evoluído no sentido de oferecer aos clientes respostas que vão de encontro ao cumprimento dos seus direitos (IAC, 1994).

A preocupação dos enfermeiros em relação ao impacto da dor na vida dos clientes tem sido crescente e a prestação de cuidados de enfermagem que seja minimizadores da dor e sofrimento é um dos parâmetros de qualidade e de garantia de sucesso, quer para o Enfermeiro de Cuidados Gerais quer para o EE (O.E., 2011).

Refletir com vista à melhoria da prática de enfermagem através do uso do pensamento crítico e baseado na evidência científica, justifica o olhar aprofundado sobre a temática da dor, encontrando estratégias de alívio da mesma e dando prova da importância da enfermagem nesta área.

Através da literatura é possível entender que a dor encontra-se sub-tratada (Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010), em parte, associada à diminuição do uso das ENFAD por parte dos enfermeiros encontra-se associada à dificuldade de as integrar na prática diária dos cuidados e a um aumento da implementação das estratégias farmacológicas (Batalha, 2011; Batalha, 2013).

As estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda apresentam-se como cuidados de enfermagem autónomos. A forma impactante como estas estratégias atuam na dor e por conseguinte na diminuição da ansiedade e *stress*, articula-se com a compreensão de Betty Neuman sobre o cliente de cuidados como um ser de características únicas e dinâmico, que se encontra em interação com o sistema em seu redor e cujas experiências anteriores influenciam a forma como este lida com novos fatores de stress (Alligood, 2014).

Ao Enfermeiro são exigidas competências cognitivas e técnicas que devem ser aprimoradas continuamente, de forma a garantir a segurança dos cuidados do cliente, o mínimo impacto da doença na criança/jovem e sua família, permitir o acesso a mecanismos de superação dos diferentes obstáculos que vão surgindo no processo de doença e desenvolver uma relação empática e de confiança que atuem.

O Enfermeiro deve possuir e atualizar conhecimentos e desenvolver competências sobre o impacto da hospitalização na criança/jovem e sua família, o impacto da dor no processo de doença, a gestão da dor, o manejo de estratégias de alívio da dor aguda e o ensino às mesmas com vista à diminuição da dor e ansiedade, envolvida numa teoria dinâmica de sistemas.

Relativamente às competências do EESCJ, a gestão da dor encontra-se assente no paradigma de cuidados não traumáticos (O.E., 2011), um dos pilares basilares da enfermagem pediátrica.

O EESCJ trabalha conjuntamente com a criança/jovem e sua família de forma a gerir a dor sentida pelo cliente e minimizando o impacto desta na vida e experiências futuras, partilhando informação com os seus pares através da formação contínua, avaliando sinais e sintomas manifestados, mobilizando estratégias de acordo com as necessidades e especificidades do cliente através de cuidados não traumáticos.

O Regulamento das Competências Específicas do EESCJ denomina três áreas de competências: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010).

A OE dá ênfase à gestão da dor em pediatria, através do controlo de diversos fatores, justificando com o escrutínio das competências específicas, seguidamente enumeradas: “Utiliza as estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde”; “Identifica evidências fisiológicas e emocionais

de mal estar-psíquico”; “Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem”; “Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor”; “Aplica conhecimento e habilidade em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”; “Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem”; “Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem”; “Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar”; “Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação”; “Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.”; “Utiliza estratégias promotoras de esperança realista”; “Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN”; “Promove a amamentação” (OE, 2010).

A gestão da dor é cuidado primordial nos cuidados não traumáticos, sendo necessário a atualização constante de saberes nesta área, a desmistificação de mitos enraizados na sociedade, o desenvolvimento de novos conhecimentos na fisiopatologia da dor e a prestação de cuidados diferenciados como evidência da correta mobilização de estratégias não farmacológicas.



### **3. PERCURSO DE FORMAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

Ao longo deste percurso formativo foi possível perspetivar a abordagem à dor aguda em pediatria, com realce para a mobilização das ENFAD, em consonância com o desenvolvimento de atividades numa lógica de crescente complexidade e que foram previamente propostas em projeto, sendo consultável no Apêndice VII. Estas diferentes atividades visaram o desenvolvimento de competências de EE, comuns e específicas, auxiliado por uma prática reflexiva aliada à diversidade de contextos que permitiram compreender os cuidados de enfermagem à criança, jovem e sua família ao longo do seu ciclo de saúde e doença, bem com darem resposta aos objetivos gerais e específicos previamente refletidos.

A reflexão sobre a temática da gestão da dor e estratégias não farmacológicas e os problemas a ela associada, leva ao surgimento da seguinte pergunta: Quais os desafios colocados ao Enfermeiro Especialista na mobilização das estratégias não farmacológicas para alívio da dor aguda?

O percurso de estágio foi estruturado de acordo com os objetivos gerais definidos que se apresentam transversais ao percurso de desenvolvimento de competências de EEESCJ e de obtenção do grau de mestre em enfermagem (Diário da República, 2013, p. 4760-4761), definindo-se como objetivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermeiros especialista no âmbito da satisfação da criança e do jovem;
- Promover a gestão da dor aguda em crianças/jovens.

Como objetivos específicos defini: Minimizar o impacto dos *stressores* relacionados com a experiência da hospitalização; Facilitar a comunicação expressiva de emoções; Analisar práticas dos enfermeiros sobre a utilização das ENFAD aguda; Promover o uso de ENFAD aguda no âmbito dos cuidados de enfermagem.

### **3.1– Estágio nas Consultas Externas de Pediatria**

#### **3.1.1. O Serviço de Consultas Externas de Pediatria**

Os cuidados de saúde primários, em particular no âmbito da criança, jovem e família têm um papel fulcral no desenvolvimento destes clientes. A prevenção e o tratamento da dor são um desses cuidados de enfermagem presentes nos cuidados de saúde primários. Representam um trabalho de proximidade e continuidade de cuidados com a população da sua área, englobando mais a família e outros elementos que sejam promotores de saúde, salientando-se o alívio da dor, tal como é afirmado na Declaração da Conferência Internacional de Cuidados Primários,

(...) VI – os cuidados de saúde primários (...) representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...) VII – os cuidados de saúde primários: 2. Têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades (...).  
(Fonseca & Santos, 2006, p.13)

Os primeiros Centros de Saúde para prestação de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria, foram criados para que se pudesse cuidar no e para o desenvolvimento da criança e jovem, para atuar na prevenção primária, de que é exemplo, a vacinação e para consulta de gravidez (Fonseca & Santos, 2006). Em ausência de respostas que a comunidade pudesse oferecer às crianças, jovens e famílias e com a facilidade de poderem vir a ter cuidados em contexto hospitalar, as consultas externas dos hospitais da área de residência, foram tomando lugar (Fonseca & Santos, 2006). Para além disso, a aposta nos cuidados de enfermagem terciários em detrimento dos primários deveu-se também à falta de recursos humanos de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários (OE, 2015)

Para além dos cuidados anteriormente referidos, também a visitação pelos enfermeiros aos domicílios, assume importância na compreensão das condições em que a população vive e assim, ir de encontro às necessidades prementes e que nem sempre são expostas no centro de saúde (Fonseca & Santos, 2006), pelo que também nas consultas externas a visitação domiciliária começou a ser assegurada pelas

UMAD's, Unidades Móveis de Apoio Domiciliário, que prestam cuidados de enfermagem a crianças e jovens com doença crónica, diminuindo a ansiedade da hospitalização, a taxa de internamentos nos hospitais por doença aguda e aumentando a proximidade entre o enfermeiro e o cliente (Fonseca & Santos, 2006).

A visitação domiciliária permite conhecer o meio onde a criança, jovem e família se integram, dando a possibilidade de saber quais as suas necessidades e assim, permitir que o enfermeiro preste os cuidados mais adequados. Um desses cuidados encontra-se associado à gestão da dor, isto é, perante situações recorrentes de dor, o enfermeiro na visitação domiciliária poderá capacitar a família de ferramentas a mobilizar quando a criança e jovem sintam dor. Contudo, carecem protocolos de atuação na dor, e as estratégias farmacológicas e não farmacológicas nem sempre são usadas de modo sistematizado (Fonseca & Santos, 2006). Em 2006, 93,3% dos centros de saúde existentes em Portugal com cuidados à criança, jovem e família, reconheciam e valorizavam a dor mas careciam de protocolos. A existência de medidas de combate à dor apenas existia em 19.1% dos centros de saúde relativamente ao teste de Guthrie, em 42.7% na vacinação, em 28.1% na administração de injectáveis, em 42.7% na realização de pensos e em 27% perante a manipulação dentária (Fonseca & Santos, 2006), tal como é referido pelos autores,

os resultados encontrados confirmam que não existem quer *guidelines* quer *mindlines* em relação ao combate à dor da criança provocada pelos procedimentos “rotineiros” executados nos CS, o que nos leva a supor que esta estará exposta com frequência a dor física que poderia tecnicamente ser reduzida ou evitada. (Fonseca & Santos, 2006, p.87)

Para dar resposta aos objetivos inicialmente propostos e no decurso da minha formação realizei um primeiro estágio, nas consultas externas de um hospital central, cuja equipa de enfermagem era constituída por 4 EEESCJ.

O contexto foi projetado em consideração ao desenvolvimento da criança e do jovem, apresentando duas salas de espera (uma para criança e outra para jovens), onde todos os dias são realizadas atividades de distração ajustadas à idade.

Das consultas externas fazem parte, a consulta de enfermagem em saúde infantil, de alergologia, de desenvolvimento, de viajante, de fibrose quística, de

diabetes, de hipertensão, de neurologia, de pré-operatório e mais recentemente de neonatologia. As várias consultas permitiram-me contactar com a criança, jovem e sua família em situações variadas de promoção de saúde ou alívio da doença, prestando cuidados diferenciados, que foram de encontro às necessidades dos clientes, contribuindo para que eu desenvolvesse competências de EEESCJ, no sentido dos cuidados não traumáticos, da parceria de cuidados, das competências comunicacionais, da facilitação da ventilação das emoções vivenciadas e da mobilização de ENFAD durante as várias técnicas relacionadas com procedimentos.

No final do período de estágio foi ainda possível desenvolver atividades de observação participante no âmbito da preparação da equipa para a receção do Projeto UMAD, que permitiria dar apoio a diversas crianças com patologia crónica na área da pneumologia, nefrologia e neurologia, através de cuidados especializados pelos enfermeiros, no seu próprio domicílio. Este projeto, existente há mais de 10 anos no hospital, tem permitido um decréscimo do número de internamentos, uma melhoria da qualidade de vida da criança, jovem e família e um aumento da confiança das famílias nos cuidados prestados, tal como foi transmitido pelos enfermeiros do local de estágio. De referir que o projeto encontrava-se em fase de transição de setores, tendo sido integrado nos cuidados de saúde primários deste hospital.

A projeção de um novo espaço de cuidados pretende ainda oferecer aos clientes um espaço menos ansiogénico que dê melhores respostas às necessidades que vão surgindo, pelo que a equipa se encontra toda mobilizada para esse projeto.

Verifiquei ainda no local de estágio, que os enfermeiros estão sensibilizados para a temática da dor e da mobilização de estratégias de alívio da dor e ansiedade. Foi com agrado que constatei o uso de música na sala onde se realizavam procedimentos dolorosos, fator que permitia a criação de um ambiente mais adequado às crianças e jovens, suportado por toda a decoração infantil promotora da distração. Também o uso do elogio positivo era uma prática frequente, sendo feita tanto pelos enfermeiros, como pelos assistentes operacionais, recorrendo sobretudo a bonecos doados por outras famílias. Noutras salas onde se praticavam procedimentos dolorosos o reforço positivo era feito através da oferta de medalhas ou diplomas.

### 3.1.2. Competências desenvolvidas no contexto de Consultas Externas de Pediatria

A informação preparatória é essencial no sucesso dos cuidados de enfermagem à criança e jovem, pois permite diminuir a ansiedade inerente aos procedimentos, desmistificar medos e melhorar a adesão do cliente aos cuidados, devendo-se para tal, ter em conta o desenvolvimento da criança e jovem, bem como as suas experiências anteriores (OE, 2011b; OE, 2013). Esse mesmo cuidado foi por mim pautado ao longo do estágio, entendendo as crianças, jovens e famílias como únicas, respeitando as suas necessidades, o que permitiu o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo de intervenção (E.E.- A.1), em que o cliente é o centro dos meus cuidados. Desta forma, adequava sempre a linguagem ao cliente a quem prestava cuidados, dava tempo para colocarem as suas questões e efetuava os cuidados de acordo com o melhor dos consentimentos. Este tempo dado às crianças e jovens com respeito pelos seus receios e medos, implicava a mobilização de inúmeras estratégias e sobretudo o recurso à capacidade de negociação, que tinha de ser cumprida, para que a criança e jovem tivessem o poder de decisão sobre o seu processo de saúde, confiança nos cuidados que prestava, o que me possibilitou promover práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (E.E.- A.2). Apesar de todos os cuidados à criança e jovem estarem envolvidos em momentos de muita distração e brincadeira terapêutica, a confidencialidade e sigilo inerentes ao respeito pela pessoa não foram esquecidos. Na sala de colheitas, a colheita de urina era uma prática usual, atendendo sempre a privacidade da criança ou jovem. Posteriormente, tinha de registar os cuidados prestados em computador, sendo esse registo sempre protegido por uma palavra-passe.

A transmissão de novas informações, os momentos de aprendizagem e a partilha de emoções apresentam tempo e lugar próprios, através da reunião semanal de enfermagem, tendo tido possibilidade de participar numa dessas reuniões. Na reunião em que estive presente, participei ativamente não só na divulgação de eventos formativos que sabia que iam decorrer naquela altura, como também tive possibilidade de receber formação sobre o sistema de tosse assistida em pediatria e

de debater sobre a temática da transferência do projeto UMAD (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário) para as enfermeiras das consultas externas de pediatria. Essa participação dinâmica permitiu gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (E.E. – C1), colaborando nas decisões da equipa.

Neste estágio tive ainda oportunidade de conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (E.E. – B.2), em especial, da gestão da dor através de estratégias não farmacológicas. Compreendi que nas consultas externas de pediatria eram mobilizadas diversas estratégias, pois tive oportunidade de conversar com seis das oito enfermeiras que prestam cuidados nas consultas externas de pediatria. Apesar da diferença de idades (entre os 29 e os 57 anos) e do tempo de profissão (entre os 7 e os 28 anos), consideram que contactam muitas vezes com dor aguda, destacando como principais procedimentos causadores dessa dor, as colheitas de sangue, a vacinação, a realização de pensos, a aspiração de secreções, a administração de injetáveis. Reconhecem ainda que a falta de comunicação entre os enfermeiros e as crianças e jovens e a contenção física, são elementos potenciadores dessa. Foram unânimes ao referirem que as ENFAD eram muitas vezes mobilizadas, reconhecendo o seu valor, sendo as mais frequentes na sua prática, a informação antecipada, a presença da pessoa significativa, o conforto, a distração, a musicoterapia, o relaxamento, a sacarose, o ambiente adequado às necessidades e ao desenvolvimento do cliente, o toque e a sucção não nutritiva. Porém, foram referidos como obstáculos à mobilização das ENFAD, o medo da criança, o desconhecimento face à eficácia das ENFAD, os poucos recursos humanos, a falta de sensibilidade, a ansiedade dos pais e o ambiente pouco adequado. Corroborando parte destas opiniões, é referido por Batalha (2013) que,

fruto do contexto socioeconómico em que vivemos e/ou complexidade das situações clínicas atuais, «que conduziram» a uma redução do rácio entre o número de enfermeiros por crianças a cuidar, «facilitando» a prática, para os enfermeiros menos sensibilizados, de relegarem para plano secundário o controlo da dor em detrimento de intervenções que potencialmente podem comprometer a vida, o que é coerente com um modelo de cuidados biomédico. (Batalha, 2013, p.20)

Este diálogo informal com os enfermeiros, permitiu compreender a existência de uma sensibilidade para a temática da gestão da dor aguda na criança e jovem, o que levou a que se pudesse abordar não só, a mobilização de novas estratégias mas também o aumento da utilização das mesmas, destacando-se como exemplos, a promoção do conforto da criança durante a punção e a distração durante os procedimentos dolorosos, proporcionando a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (E.E. – B.3). Um outro exemplo ilustrativo deste ambiente adequado, são as paredes da sala de colheitas que apresentam diversas imagens feitas pelas crianças em parceria com as educadoras e permitiu ir contando pequenas histórias e promovendo a distração da criança e jovem durante os procedimentos dolorosos. A observação e conversa informal com enfermeiras especialistas levaram-me a refletir sobre a realidade existente e a debater sobre a sensibilização a novas estratégias, desenvolvendo o meu autoconhecimento e assertividade (E.E.- D.1). Desta forma, ficou combinado com a enfermeira chefe deste local de estágio, uma formação para reflexão em equipa, sobre as práticas atuais de alívio da dor a ocorrer após o término desta formação e da integração dos conhecimentos adquiridos nos diferentes campos de estágio. O objetivo será integrar no sistema de registos informáticos da Glintt®, (sistema informático de registo de cuidados usado em cuidados primários e que permite o diário de enfermagem em consulta), as ENFAD mais mobilizadas, de forma a permitir o registo da sua utilização pelos enfermeiros e por conseguinte, dar mais evidência aos cuidados de enfermagem, dado que os enfermeiros deste contexto se encontram atualmente a iniciar os registos informáticos em linguagem classificada CIPE®, com o levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem de acordo com esta taxonomia.

As reflexões em local de estágio foram suportadas por uma revisão da literatura subordinada à gestão da dor aguda em pediatria, através da consulta de bases de dados, manuais científicos e na participação nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos – Mitos e Realidades (ver apêndice XVII e Anexo I), permitindo que baseasse a minha praxis em sólidos e válidos padrões de conhecimento (E.E.- D.2), culminando na apresentação do *poster* intitulado “Cuidados Paliativos Pediátricos – Da prática clínica à Problemática em Fim de Vida” (ver apêndice XI), onde abordei os



cuidados em fim de vida para alívio da dor na criança, bem como os cuidados no luto no alívio do sofrimento da perda, com os diferentes dilemas éticos associados.

Pela revisão de literatura foi ainda evidenciada a importância dos pais durante os procedimentos dolorosos e como era diferente a reação dos filhos de pais com alguns conhecimentos em estratégias não farmacológicas para outros sem conhecimento nessas estratégias (Gonçalves, 2008; Cunha, 2011; Oakes, 2011; Twicross, 2010; Jacob, 2014). Assim, assistir a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde (E.E.E.S.C.J. – C.E1), foi uma competência que esteve em desenvolvimento. Um exemplo da aquisição desta competência esta refletida na situação em que eu expliquei a mãe como colocar o EMLA, uma pomada tópica anestésica, previamente ao procedimento de colheita de sangue. Esse mesmo procedimento foi feito após a minha sugestão de a criança ficar ao colo da mãe, visualizando alguns filmes. Sabia-se antecipadamente que nas outras idas às consultas com necessidade de colheita de sangue a criança chorava muito. Porém, nesse dia esteve tranquila e a colheita decorreu sem incidentes e com diminuição do impacto doloroso para a criança, devido ao cuidado de enfermagem em trabalhar com a criança e a sua mãe a forma de gerir melhor uma situação complexa para a criança.

As estratégias devem sempre estar adaptadas às necessidades e características da criança/ jovem a quem prestamos cuidados. A aprendizagem decorre da multiplicidade de experiências e foi também conseguida, através da reflexão sobre uma situação que não foi bem-sucedida e que resultou na realização de um Jornal de Aprendizagem, intitulado de “A gestão da dor em criança com atraso do desenvolvimento” (ver apêndice VIII), o que me sensibilizou para situações futuras de cuidado à criança/jovem e família em situação de especial complexidade (E.E.E.S.C.J. – C.E2).

Sabe-se que a cultura é um fator determinante na gestão da dor, pois modela o modo como se vivencia a dor e a influência das ENFAD para o alívio da mesma (Batalha, 2010; Söderbäck, 2013; Vala *et al*, 2014). Durante este estágio tive ainda a possibilidade de prestar cuidados a uma criança de naturalidade russa e cujo pai exercia funções militares. Esta criança dirigiu-se às consultas externas por apresentar



desde há 1 ano um ponto de sutura interno ao nível da região dorsal, sem aparentes sinais inflamatórios. Compreendi que a criança apenas comunicava quando interpelada, não fazendo parte do seu padrão habitual, referir dor ou desagrado com alguma coisa. A forma como agi com esta criança, foi através do diálogo, com uma explicação preparatória adequada ao seu desenvolvimento, de forma a diminuir ansiedade que esta pudesse estar a sentir. Houve assim, uma prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E.E.E.S.C.J. – C.E3), conhecendo e adaptando-me à sua cultura e experiências prévias.

### **3.2– Estágio no Internamento de Pediatria**

#### **3.2.1. O Serviço de Internamento de Pediatria**

A dor cirúrgica apresenta-se como uma dor com predominância aguda (Jacob, 2014), em que a atuação do enfermeiro é preponderante na prevenção da dor crónica. Uma das doenças que implicam cuidados cirúrgicos e que poderá levar a dor crónica é a queimadura, sendo que se considera que,

queimadura é uma lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos que agem no tecido de revestimento do corpo humano, podendo destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexo e até atingir camadas mais profundas, como tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ossos. (Menezes & Silva, 1988, p.1)

Com maior destaque, sabe-se que, “(...) a dor no queimado é uma dor por excesso de nociceção (...) a fisiopatologia é dominada pela noção de hiperalgesia (isto é, um estímulo habitualmente não doloroso torna-se doloroso)” (Echinard & Latarjet, 2010, p.133). Desta forma, “as queimaduras estão entre as mais dolorosas lesões que o ser humano pode experimentar (...) a criança experimenta variáveis níveis de dor, seja a provocada pela própria lesão ou devido aos procedimentos terapêuticos (...)” (Affonseca, Carvalho & Jardim, 2006, p.154).

Por este motivo, a dor aguda no cliente com queimadura, quando perpetuada, poderá levar a dor crónica, originando neste, depressão e uma difícil perceção do local doloroso (Echinard & Latarjet, 2010). Desta forma compreender e fazer o cliente

participante no seu plano de cuidados é essencial para o sucesso do tratamento e no resultado eficaz da dor aguda. O enfermeiro deverá atender aos sinais de “atonía psicomotora” caracterizada por prostração, ausência de expressão e introversão, pois estes sinais podem ser sinónimo de uma dor intensa contínua que não se encontra a ser tratada, aconselhando-se para tal a presença dos pais (Echinard & Latarjet, 2010), pois são quem melhor conhece os comportamentos habituais da criança e jovem, podendo vir a alertar os profissionais de enfermagem quando se encontram perante essa situação. Os mesmos autores consideram assim, que a equipa multidisciplinar e a inclusão das pessoas significativas para a criança e jovem, são fatores essenciais no sucesso e na recuperação da patologia, bem como na prevenção da dor crónica.

O segundo estágio foi realizado no contexto de internamento de pediatria, com forte componente cirúrgica e também no tratamento a crianças e jovens com queimaduras, no qual é referência. De acordo com a própria instituição, o serviço alia a diferenciação científica, técnica e tecnológica ao conhecimento aprofundado do desenvolvimento da criança e jovem, sendo uma referência nos cuidados pediátricos. O *site* da mesma instituição refere que esta aposta na prevenção da doença e por conseguinte nas consequências associadas ao impacto da hospitalização, do qual se destaca a prevenção e tratamento da dor da criança e jovem associada a procedimentos dolorosos.

Este serviço presta cuidados a pessoas dos 0 aos 18 anos de idade, e apresenta diversas valências, entre as quais, a cirurgia geral pediátrica, a urologia pediátrica e a cirurgia plástica e de queimados. Apresenta-se como um meio rico de aprendizagem ao nível do desenvolvimento da criança e jovem nas suas diferentes etapas e nos momentos de desequilíbrio da homeostasia por influência da doença, possibilitando o desenvolvimento de competências específicas de EEESCJ, e responder aos objetivos inicialmente propostos, dado que existem inúmeras crianças e jovens com risco de vivenciar dor aguda, existindo também grande consciência da prevenção e alívio da mesma através de ENFAD.

Expectava ter participado no “Projeto Visitas ao Bloco Operatório” em parceria com a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) e a

Operação Nariz Vermelho que acompanhavam crianças e jovens no período pré e pós cirúrgico, com o objetivo de “(...) ajudar a reduzir a ansiedade própria de uma cirurgia, através da melhoria do estado afetivo das crianças e, ao mesmo tempo, reduzir a ansiedade própria destes momentos(...)” (Operação Nariz Vermelho, 2014, *in site*), utilizando-se para tal diversas estratégias não farmacológicas tais como, a distração, o humor e a musicoterapia. Porém, ao longo do tempo de estágio em que estive presente não foi possível a colaboração nesse projeto, por não estar em atividade atualmente.

### 3.2.2. Competências desenvolvidas no contexto de Internamento de Pediatria

Pela forte relação que os enfermeiros deste contexto têm com a dor aguda e com a preocupação pelo desenvolvimento infantil e pediátrico, este estágio permitiu-me desenvolver competências comuns e específicas de EE. O serviço onde tive possibilidade de estagiar era um local de internamento de crianças e jovens com patologias por vezes complexas e que requeriam uma avaliação continuada de cuidados, havendo uma partilha de experiências e dos cuidados prestados em equipa multidisciplinar de forma a permitir a continuidade dos cuidados de saúde. O desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (E.E.- A.1) foi demonstrada pela minha partilha dessas mesmas experiências e cuidados. Como o meu foco de cuidados era a criança e jovem com dor aguda, tinha a possibilidade de prestar cuidados a vários clientes diferentes, compreendendo a dinâmica global de cuidados prestados e centrar-me em observações como o conforto, medidas de alívio da dor e o brincar da criança e jovem, o que serviu de informação complementar para a compreensão do cliente através de uma abordagem mais holística.

No que se refere à promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais (E.E.- A.2), tive a possibilidade de informar a equipa multidisciplinar sobre a situação de abandono afetivo e que suscitou um estudo de caso, possível de ser lido no Apêndice IX.

Durante este estágio foi possível assistir a um documentário intitulado “*Little Stars*” seguido de uma palestra sobre a importância dos cuidados paliativos pediátricos, inseridos nas comemorações da semana mundial dos cuidados paliativos em 2015. Dado que os restantes enfermeiros do serviço não tiveram possibilidade de ir assistir, tive por objetivo assistir e divulgar em passagem de turno o que tinha sido abordado, sensibilizando para a importância da inserção da criança e jovem com doença crónica nos cuidados paliativos pediátricos. Esta ação permitiu otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (E.E. – C1), através da utilização os recursos de forma eficiente, neste caso, dando a conhecer a equipa de cuidados paliativos pediátricos do hospital onde este contexto se desenvolvia, para promover a qualidade, isto é, oferecer melhores cuidados de enfermagem à criança e jovem nesta área de cuidados.

Participei ainda na elaboração de um filme no âmbito das comemorações da semana da dor, que mostrava o circuito feito pela criança/ jovem e sua família à chegada ao serviço e algumas situações que poderiam criar dor em articulação com a forma como os enfermeiros naquele serviço conseguiam geri-las, permitindo conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (E.E.- B.2). O filme que foi realizado e apresentado no hospital para outros profissionais de saúde, mostrava o ambiente adequado do serviço de pediatria, através da pintura das paredes, que diminuía a ansiedade das crianças, jovens e família durante o internamento. Depois dava atenção ao modo como o enfermeiro se dirigia ao cliente, realçando a comunicação não-verbal. Outro dos aspetos focados, era a importância da família junto da criança e jovem durante todo o período de internamento, pois permitia uma melhor colheita da história do cliente, como também atuava como suporte a esse mesmo cliente. No que concerne à gestão da dor, esta era focada no momento da realização de um penso a uma ferida de uma criança ou jovem com queimadura, demonstrando a importância de aliar as estratégias farmacológicas às estratégias não farmacológicas.

Todas estas atividades, aliadas à relação empática e de confiança demonstradas no contexto, permitiram a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (E.E. – B.3). Este lado terapêutico é evidenciado pela minha

decisão de usar fardas pediátricas, adaptadas ao contexto em que me inseria e que eram facilitadoras no estabelecimento da relação com o cliente, bem como, diminuía o impacto da hospitalização, auxiliando na recuperação da situação de doença. Festini, *et al* (2009) consideram que o uso de fardas coloridas melhora a percepção dos enfermeiros por partes das crianças e jovens, transmitindo ainda uma maior tranquilidade aos pais, o que leva a uma melhoria da relação entre o cliente e o enfermeiro. O lado seguro esteve presente porque os cuidados que prestava era registados em computador, dando-lhes visibilidade e permitindo a continuidade de cuidados. Estes aspetos permitiam que eu fosse de encontro aos direitos das crianças e jovens hospitalizadas, pois, “o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança”. (IAC, 1988, p. 7).

A dinâmica do serviço permitiu ainda, que desenvolvesse o autoconhecimento e assertividade (E.E. – D.1), através da oferta de cuidados em parceria com uma equipa multidisciplinar, observando e partilhando modos de cuidar que se assemelhavam devido à existência de protocolos, como era o caso dos protocolos usados para a realização de pensos a crianças e jovens com queimadura e que eu tive oportunidade de consultar.

A preocupação com o bem-estar geral da criança e jovem foi constante ao longo do estágio. Nesse contexto de formação tive a possibilidade de prestar cuidados a uma criança evacuada de S. Tomé e Príncipe e cuja história de saúde e doença, permitiram o desenvolvimento de um estudo de caso, visível no Apêndice X. A criação de uma relação de confiança com a criança e família, foi essencial para a assistência da criança, jovem e família, na maximização da sua saúde (E.E.E.S.C.J. – C.E1), pois permitiu uma maior adesão aos cuidados prestados.

A relação de confiança com a criança, foi se desenvolvendo ao longo do estágio. No início apresentava-se muito assustada e queixosa a cada movimento que era feito. Compreendi que os cuidados no hospital de origem eram realizados com poucos recursos a analgesia, o que numa situação de queimadura de 60% da região corporal levou à experimentação de dor aguda intensa que foi alterada para dor

crónica. Foi preciso nos primeiros tempos ter suporte contínuo de analgésicos, ao mesmo tempo, que se explicava de forma muito simples todos os cuidados que eram feitos. Sempre que possível promovia-se o autocuidado, aumentando a confiança da criança. Durante os procedimentos como fisioterapia e o banho, tentava-se distraí-la através do uso da televisão ou através de conversas sobre a sua vida em S. Tomé. No final dos cuidados proporcionava-se uma recompensa tal como, desenhos e lápis para pintar, puzzles, oferta de 1 boneca, oferta de pijamas ou chinelos, que os diversos profissionais iam trazendo. A experiência de cuidar desta criança e família permitiu o desenvolvimento da competência específica de cuidar da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade (E.E.E.S.C.J. – C.E2).

Este exemplo cultural e complexo em termos de patologia e dinâmica familiar, levou ainda ao desenvolvimento de uma terceira competência, a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E.E.E.S.C.J. – C.E3). Um exemplo da aquisição desta competência prende-se com a adaptação da linguagem ao conhecimento da criança, também possível de ver no Apêndice X. A comunicação, com adaptação da linguagem ao desenvolvimento da criança e jovem permite a interação entre os enfermeiros e o cliente de cuidados, numa relação de ajuda e parceria (Briga, 2010).

Enquanto estive em estágio a revisão de literatura constituiu-se um suporte para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade e ser base da praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (E.E. – D.2).

Durante o período de estágio tive possibilidade de participar no *Workshop* de Hipnose Clínica Pediátrica para Controlo da Dor e Ansiedade” (ver Apêndice XVII e Anexo II), que me ofereceu ferramentas para mobilizar uma nova ENFAD, a hipnose clínica. Como uma das formas de praticar a hipnose clínica é através do uso das bolas de sabão, usei esse mesmo conhecimento no local de estágio, o que permitiu aliviar a ansiedade das crianças aquando da realização dos pensos de queimadura, e também estabelecer uma melhor relação com o cliente, promovendo uma maior proximidade.

Para além deste *Workshop*, estive ainda presente no II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o desenvolvimento, Qualidade e Segurança (ver Apêndice XVII e Anexo III), onde tive oportunidade de compreender melhor o método canguru e a sua influência no lactente. Estudos subsequentes consultados apontaram que,

a presença contínua da mãe junto do bebê, além de garantir calor e leite materno, trazia inúmeras outras vantagens dentre as quais a promoção do vínculo mãe-bebê, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido. (Lamy *et al*, 2005, p. 660)

De notar, que durante o estágio em internamento de pediatria, não foi possível praticar esta estratégia mas revelou-se extremamente útil no estágio seguinte.

Ainda no decurso deste estágio, tive oportunidade de participar no 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria – (Novos) Cenários em Pediatria (ver Apêndice XVII e Anexo IV), onde fui apresentar o *poster* intitulado “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda em Pediatria – Envolvimento Parental” (ver Apêndice XII e Anexo V), tendo esta experiência sido útil para a compreensão desta temática na gestão da dor.

### **3.3– Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

#### **3.3.1. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Os cuidados neonatais, desenvolveram-se exponencialmente na segunda metade do séc. XX (Setúbal, 2009; Ferraz & Guimarães, s.d.), sabendo-se atualmente que ser mãe de um bebé prematuro leva a uma ambiguidade de sentimentos entre estar grávida e ser mãe e à modificação rápida para uma realidade não expectável, alterando a ideia do bebé ideal para a imagem de um bebé que a realidade apresenta, com as expectativas, os receios e as aprendizagens associadas (McGrath, 2014). Torna-se essência dos cuidados de enfermagem a atenção aos “por-menores” e ao desenvolvimento de cuidados que sejam centrados na família e nas necessidades do bebé.



Sabendo que a dor e *stress* são provocados antes, durante e depois de todos os procedimentos, para que o prematuro retorne ao seu estado basal é necessário mobilizar estratégias não farmacológicas e manter os membros da família informados e participantes no planeamento de cuidados à dor e *stress* do seu bebé (National Association of Neonatal Nurses, 2011), desmistificando a sensibilidade do neonato à dor.

O contacto com a mãe nos primeiros tempos de vida, permite que o recém-nascido consiga lidar melhor com o *stress* (Machado, Marcatto & Silva, 2006) e por conseguinte desenvolver a neuroprotecção necessária para a gestão dos estímulos dolorosos. Entende-se ainda que,

a dor repetida e prolongada pode ocasionar mudanças no metabolismo energético e levar a alterações no *status* de coagulação (diminuição de antitrombina 5 e de outros fatores da coagulação) que causarão maior chance de sangramento, principalmente cerebral (...) produzem ainda algumas mudanças na medula espinhal, desencadeando hiperexcitabilidade dos neurónios. (Machado, Marcatto & Silva, 2006, p.96)

O ambiente envolvente apresenta grande importância no desenvolvimento da criança e a prematuridade do recém-nascido implica um cuidado atento por parte do enfermeiro no impacto que o ambiente terá no desenvolvimento da criança, em especial aos estímulos provocados pelas unidades. Sabe-se que o recém-nascido de termo apresenta capacidades de reagir a determinados estímulos que o meio ambiente proporciona. Contudo, um recém-nascido prematuro, apresenta uma imaturidade inerente, o que leva a que não saiba reagir a estes estímulos, podendo os mesmos atuar como *stressores*, levando a consequências negativas a curto ou longo prazo na reorganização do cérebro, pois ocorrem durante os períodos de desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013; AAP, 2006).

Durante o período de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o bebé é sujeito a inúmeros procedimentos dolorosos, afetando o desenvolvimento do cérebro e por conseguinte, o neurodesenvolvimento e as respostas comportamentais perante o *stress*, situação que é mais presente nos recém-nascidos mais imaturos (Grunau, 2013). A necessidade emergente da



adequada gestão da dor nos recém-nascidos prematuros trata-se de uma questão de humanização, pelo que é dever do enfermeiro e restantes profissionais de saúde minimizar o impacto do *stress* e dor, bem como, educar sobre as estratégias não farmacológicas necessárias aos pais destes bebés (Grunau, 2013).

O recém-nascido prematuro apresenta uma hipersensibilidade ao toque maior do que o de termo, levando a que cada procedimento doloroso seja sentido com maior intensidade (Grunau, 2013; National Association of Neonatal Nurses, 2011).

A exposição repetida à dor e ao *stress* em recém-nascidos muito prematuros ocorre numa altura em que as conexões sinápticas estão a ser desenvolvidas e que permitem a moldagem do cérebro em desenvolvimento. Além disso, a evidência sugere que a dor aguda induz uma ativação cerebral que leva a uma maior suscetibilidade de apresentar efeitos a longo prazo da dor (Grunau, 2013; National Association of Neonatal Nurses, 2011), apresentando diversas consequências como: aumentar a energia dispendida; diminuir a capacidade de melhorar do seu estado de doença e de se desenvolver; debilitar a estabilidade fisiológica; alterar o desenvolvimento do cérebro. O *stress* e os procedimentos dolorosos levam ainda à elevação dos níveis de cortisol, à limitação da reorganização neuroplástica, e à limitação da aprendizagem e memória das habilidades motoras (Altimier & Phillips, 2013).

Alguns desses problemas a longo prazo são os défices de atenção, as dificuldades de aprendizagem, os problemas de linguagem e problemas comportamentais que podem afetar a criança até à sua vida adulta (Altimier & Phillips, 2013; Grunau, 2013).

Os benefícios de minimizar o *stress* no pré-termo encontra-se relacionado com a redução da probabilidade de programação das respostas a um stress anormal, que ajudará a preservar a existência de capacidade neuroplástica. (Altimier & Phillips, 2013).

O enfermeiro deverá desenvolver intervenções neuroprotetoras e que sejam minimizadoras do *stress* e dor. Essa neuroprotecção é conseguida pela: promoção de cuidados individualizados de maneira a antecipar, priorizar e suportar as necessidades do recém-nascido, pelo uso de uma escala válida e fiável de avaliação da dor, de forma rotineira (de 4/4h) e de acordo com o protocolo do hospital; através da providência de estratégias não farmacológicas de suporte (posicionamento, contenção, uso de panos de contenção, sucção não nutritiva e sacarose) em todas as intervenções, mesmo naquelas que pareçam menos invasivas; pelo uso de estratégias farmacológicas, quando a situação da criança assim se justifica; pelo envolvimento parental no suporte aos seus recém-nascidos durante os procedimentos dolorosos, se for esse o desejo parental, proporcionando assistência através do conforto ou providenciando o contacto pele com pele; e finalmente pela educação dos pais sobre o comportamento do seu filho perante a dor, de forma a adotarem intervenções de conforto (Vasconcellos, 2012; Altimier & Phillips, 2013).

Assim, da mesma forma que existe um esforço para melhorar as taxas de morbilidade e mortalidade, também os enfermeiros são desafiados a melhorar a estratégias neuroprotetoras das crianças vulneráveis (Altimier & Phillips, 2013), podendo para tal, serem mobilizadas as diferentes ENFAD. O enfermeiro atua ao nível da promoção da neuroplasticidade, que se apresenta como, a capacidade de as células neuronais se adaptarem num curto ou longo espaço de tempo aos diferentes estímulos associados à atividade ou experiências (Altimier & Phillips, 2013).

O uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda (ENFAD) e o ensino das mesmas aos pais, permite que se consigam minimizar os efeitos do *stress* e da dor no lactente, sendo competência do enfermeiro conseguir diminuir o impacto negativo dos *stressores* (Altimier & Phillips, 2013).

O enfermeiro atua deste modo ao nível da neuroprotecção, que passa por encontrar estratégias que previnam a morte de células neurosensoriais, responsáveis pela maturação do organismo e desta forma atuar no caminho da promoção de saúde do cliente (Altimier & Phillips, 2013).

A avaliação das necessidades e a atuação perante as mesmas devem ser rotineiramente documentadas por todos os profissionais de saúde que prestam cuidados (National Association of Neonatal Nurses, 2011) a fim de permitir a continuidade de cuidados, compreender as melhores estratégias para o recém-nascido e família e dar evidência dos cuidados de enfermagem prestados.

Sabe-se que o recém-nascido é tão mais afetado pelos estímulos externos quanto mais prematuro é o seu desenvolvimento, pelo que a estimulação sensorial através do cheiro, audição, tato, temperatura e luminosidade afeta grandemente o recém-nascido prematuro.

Vasconcellos (2012) citando Robison (2003) e McGrath (2008) refere que os enfermeiros em neonatologia devem atender a quatro cuidados primordiais que se relacionam com: a individualização e flexibilidade dos cuidados de forma a ir de encontro às necessidades específicas do neonato e sua família, promovendo o seu melhor desenvolvimento e adaptação; o ambiente adequado e individualizado; a promoção da relação de ajuda à criança e sua família não só no momento do internamento mas também após a alta; e por fim a prestação de cuidados multidisciplinares e interdisciplinares que permitem ir de encontro às necessidades da criança e família, apresentem o objetivo comum do “melhor-estar” do cliente e assegurem a continuidade de cuidados. A autora reafirma a existência de cinco cuidados que são essenciais para o desenvolvimento da criança, sendo eles: a proteção do sono; a avaliação e gestão da dor/ *stress*; o apoio às atividades de vida diária, como o posicionamento, a alimentação oral e a integridade cutânea; os cuidados centrados na família; e por fim, o ambiente saudável.

Para diminuição do impacto negativo desta estimulação prematura é essencial o enfermeiro encontrar estratégias que contornem ou minimizem os seus danos, como, a promoção e proteção do sono, otimizar a nutrição e sempre que possível promover a ingesta de leite materno, minimizar o *stress* e dor, proteger a pele, (Machado, Barbosa & Silva, 2006) atender ao posicionamento adequado e conforto, promover a parceria parental.

O ambiente das neonatologias, com cuidados intermédios e intensivos, são lugares em que, pela sua especialidade, apresentam uma grande estimulação externa, tal como a necessidade de realização de diversos procedimentos invasivos e dolorosos, estimulação pela luz pela necessidade de prestar cuidados e conseguir ver as alterações que possam ocorrer nos recém-nascidos, sons altos e desconcertantes por derivarem de alarmes de diferentes máquinas de suporte aos cuidados, estimulação cutânea variada e feito por diferentes elementos da equipa e também pelos pais e familiares e a alteração das funções básicas do organismo como a alimentação e respiração. Compete ao enfermeiro mobilizar medidas neuroprotectoras do desenvolvimento, tal como posteriormente se verá exemplificado.

Tive oportunidade de neste estágio estar num serviço de Neonatologia de um hospital central, que presta um apoio perinatal diferenciado a recém-nascidos (0-28 dias) com necessidades de cuidados intensivos e intermédios que nasçam nesse hospital ou que tenham necessidade de receber os cuidados especializados, anteriormente referidos. Para além destas características, a Unidade de Neonatologia referida é uma referência na área dos cuidados paliativos neonatais.

Segundo a instituição, a unidade destaca como valores, a humanização, a aceitação, a dignidade, a parceria de cuidados e o respeito pelo ambiente, tendo por objetivo a minimização do impacto da hospitalização. O serviço em que realizei estágio tem evoluído no sentido da humanização do ambiente hospitalar, o que permitiu a melhoria do

aspecto estético, (...) também um efeito terapêutico. As famílias das crianças internadas passam momentos angustiantes, onde imperam os sentimentos de culpa, medo, perda e luto. É pois primordial, tudo o que se possa fazer para minimizar estes sentimentos. As crianças quando nascem, têm na sua maioria uma família e um quarto, que está preparado e decorado para os receber. Em contraste, o que existe nestas Unidades de Cuidados Intensivos é um ambiente altamente tecnológico e agressivo (...) o meio altamente tecnológico das unidades neonatais não é adequado para um sistema imaturo em desenvolvimento. Com as pinturas, conseguimos minorar estes aspectos e dar mais calor ao Serviço de Neonatologia(...). (Vasconcellos, 2007, p.12)

Da estrutura física do serviço destaca-se a decoração com pinturas nas paredes, o que permite diminuir a ansiedade dos pais, bem como a existência de inúmeras fotografias de outras crianças que também já estiveram internadas na mesma unidade

e cujos cuidados permitiram o desenvolvimento do recém-nascido e a superação da doença.

Destaca-se também a sala de formação, onde são realizados diversos *workshops* aos pais das crianças internadas, tal como o do aleitamento materno que teve oportunidade de assistir, e que permitem o esclarecimento de dúvidas e a partilha de experiências em grupo.

Destaco por fim, o quarto de isolamento que apresenta a característica de estar todo decorado como se um quarto infantil de casa se tratasse, usado para situações de cuidados paliativos.

Este serviço demonstra a importância do ambiente e da distração na promoção do melhor desenvolvimento do recém-nascido e da menorização do impacto da hospitalização no mesmo e na sua família. Desta forma, apresenta-se como um contexto ideal para a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível de EEESCJ, dando resposta aos objetivos gerais do projeto assentes na satisfação da criança e no alívio da dor aguda.

Através do diálogo com a EEESCJ, que me estava a orientar no contexto, fiquei a compreender que o projeto de destaque da unidade se encontra relacionado com os cuidados paliativos neonatais, pelo que, o controlo da sintomatologia aguda em final de vida no neonato assume uma preocupação que é transversal a todos os profissionais que aí prestam cuidados, indo desta forma de encontro à minimização da sensação de dor aquando dos procedimentos invasivos a que são sujeitos.

A preocupação dos enfermeiros da instituição em proporcionar o ambiente adequado na unidade, está de acordo com estudos recentes que referem que nas unidades de cuidados intensivos neonatais existe "(...)proteção ao organismo vulnerável do recém-nascido para assegurar a sua sobrevivência, ao mesmo tempo em que as intervenções médicas da rotina hospitalar envolvem uma multiplicidade de estímulos que causam dor, estresse e desconforto" (Gaspardo *et al*, 2010, p.78).

Verifica-se que a equipa prima por prestar os melhores cuidados de acordo com aquilo que é a melhor evidência científica para o momento. Para dar resposta a esse objetivo geral de equipa, a equipa de enfermagem encontra-se organizada em grupos de trabalho que pretendem aprofundar temáticas que dêem resposta às principais necessidades do prematuro e das suas famílias.

Alguns dos grupos de trabalho existentes são: sobre a dor, sobre os posicionamentos, o aleitamento, os cuidados paliativos, a infeção, a ventilação. No que se refere aos três primeiros temas que são trabalhados pela equipa, estes tentam dar resposta à gestão da dor no prematuro, com implementação de escalas válidas e as respostas farmacológicas e não farmacológicas que daí possam surgir, com o envolvimento parental nos cuidados prestados, com as vantagens do correto posicionamento do bebé de acordo com a sua patologia e desenvolvimento e por fim destacam a importância do aleitamento materno, as suas diversas técnicas e principais patologias que podem interferir no aleitamento, bem como as formas de contornar essa interferência. Durante o meu percurso formativo tive a possibilidade de colaborar com o grupo de trabalho sobre a temática da dor e dos posicionamentos.

Compreendi desta forma, que havia uma preocupação por parte da equipa de enfermagem em minimizar o impacto dos elementos de *stress* e por conseguinte adotar medidas de neuroprotecção.

Com vista a diminuição do impacto da luminosidade os enfermeiros de cuidados neonatais, apresentavam a preocupação em escurecer sempre que possível os berços com mantas. No caso de os recém-nascidos estarem a fazer fototerapia, o uso de óculos de protecção também proporcionava a diminuição da intensidade luminosa. Para além desse cuidado, havia a preocupação durante o dia de diminuir a luz natural da sala, entre a 13h00 e as 16h00, designado pelas mesmas de hora da sesta. Também no período noturno havia a preocupação de escurecer o mais possível a sala, pela diminuição da luz artificial.

No que se refere ao som, este era mais difícil de isolar devido aos alarmes constantes das máquinas de suporte aos cuidados neonatais. Porém, percebi que

também havia preocupação por parte da equipa de diminuir o barulho para além dos alarmes. Isso refletia-se por exemplo durante as passagens de turno, que eram feitas num tom de voz baixo, dado o facto de ocorrerem na sala onde se encontravam os bebés. Para além disso, sempre que era necessário falar com outro colega, era necessário aproximarmo-nos e falarmos com a pessoa que queríamos, não havendo ninguém a chamar nos corredores ou de uma ponta para outra da sala. Também junto do neonato apercebi-me que os enfermeiros falavam sempre de forma calma com o cliente a quem prestavam cuidados, tendo cuidado, com o tom e entoação da sua voz e usando a repetição de palavras.

No que concerne à promoção do sono, esta era favorecida pela diminuição das manipulações. Isto é, os procedimentos e cuidados ao neonato estavam organizados por períodos que ocorriam de 3/3horas. No momento da manipulação, tentavam-se conjugar todos os cuidados necessários aquele bebé, tais como, posicionar, mudar fralda, alimentar, avaliação de sinais vitais e realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos.

A otimização da nutrição, em especial através da promoção do aleitamento materno também foi tida em conta durante todo o percurso de estágio. O hospital onde realizei estágio encontrava-se em fase de candidatura a título de “Hospital Amigo dos Bebés”, através do incentivo do aleitamento materno. Para tal, realizavam-se frequentemente *workshops* para os pais dos recém-nascidos internados, ocorrendo formação e momento de partilha das dificuldades e conquistas de outros pais que passaram por processos semelhantes. A promoção do encontro destes, permite ultrapassar e/ou minimizar o *stress* do internamento, muitas vezes longo, e que leva a uma alteração da imagem idealizada de gravidez e de puerpério.

A diminuição da dor também é uma constante dos cuidados, usando-se para tal diversas estratégias não farmacológicas, tal como anteriormente foi referido.

A proteção da pele também é uma constante e verifica-se esse cuidado através do posicionamento de 3/3horas, que é escrupulosamente seguido, e registado para que haja uma continuidade de cuidados. Quando o enfermeiro observa a pele mais

ruborizada, atua através do uso de pensos de proteção cutânea, que não só regeneram a pele, como também a protegem nos dias seguintes.

O posicionamento e o tato encontram-se intrinsecamente relacionados. Até este estágio não tinha experiência em cuidados neonatais. No meu local de trabalho, já tinha prestados cuidados de enfermagem a recém-nascidos mas não a crianças prematuras, grande prematuros ou de muito baixo peso. No primeiro impacto que tive com um prematuro, apercebi-me que a simples aproximação da incubadora e manipulação das portas da incubadora provocava no cliente prematuro uma reação de tremor generalizado associado a uma taquicardia e a movimentos descoordenados. Como havia necessidade de efetuar este comportamento repetidas vezes, adotei o cuidado de prestar os cuidados com movimentos mais lentos, e sempre que possível tentando não provocar a desorientação do prematuro, através da manutenção da contenção e da colocação da minha mão sobre o corpo do neonato, com uma pequena pressão. Era imediato o conforto que estas medidas proporcionavam.

A preocupação com o conforto do recém-nascido está presente através da promoção e incentivo aos pais do método canguru, que é feito naquele serviço sempre que a criança esteja hemodinamicamente estável e sem risco de infeção. Os benefícios tanto para os pais, como para o bebé são notórios, ficando as partes tranquilas.

A parceria de cuidados é uma premente, sendo incentivada a presença dos pais desde o primeiro momento. Por vezes os pais não podem estar presentes logo desde o primeiro dia de internamento do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos, o que leva a grande angústia por parte dos pais, bem como a uma culpabilização de ter ocorrido um parto de forma diferente do esperado. Para diminuir esses sentimentos e também de forma a mostrar o que vai acontecendo com os filhos, os enfermeiros criaram no serviço o “diário do bebé”. Trata-se de um caderno de folhas em branco e que é preenchido primeiro pelos enfermeiros. Faz uma apresentação da criança e vai descrevendo os principais cuidados que foram prestados aquela criança e eventos significativos, como por exemplo o aumento de peso. Esse diário é colocado na



unidade da criança e quando os pais chegam podem lê-lo e escrever de retorno. Cabe ao enfermeiro que cuida daquela criança ir escrevendo em retorno. Este “simples” cuidado permite que os pais possam fazer parte dos cuidados, expressar os seus sentimentos e cria uma relação mais próxima entre os diferentes elementos de cuidado.

Importante para a compreensão da dor no prematuro era o uso de escalas de avaliação de dor, sendo que no serviço de neonatologia que integrei, se adotava a N-PASS, por a maioria dos recém-nascidos estarem ventilados e a equipa encontrava-se sensibilizada e motivada para proceder à avaliação continuada da dor e das estratégias empregues.

### 3.3.2. Competências desenvolvidas em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

As atividades propostas e desenvolvidas em estágio derivam das competências de enfermeiro especialista e especialista em enfermagem da criança e do jovem que pretendi atingir de acordo com o autodiagnóstico de avaliação de competências que desenvolvi e já anteriormente referido.

O estágio de Neonatologia foi o estágio de menor duração, 3 semanas, e cuja experiência nesta área eu não detinha. Desse modo, este estágio serviu para desenvolver saberes teóricos e práticos nesta área e compreender a gestão da dor aguda em neonatologia.

Durante o período de estágio tive oportunidade de prestar cuidados a crianças prematuras que aí se encontrava internadas. O método de distribuição de cuidados era realizado de forma a promover a continuidade de cuidados e a parceria de cuidados, o que me permitiu prestar cuidados sempre a mesma criança, mesmo que por vezes participasse noutros cuidados a outras crianças. A prestação de cuidados de enfermagem a um recém-nascido, em que os pais me reconheçam o papel de enfermeira de referência, permitia-me que fosse tomando conhecimento da melhor maneira de cuidar, encontrando estratégias para realização dos diferentes

procedimentos com o mínimo de ansiedade para o recém-nascido e desenvolvendo uma relação profissional de confiança com os pais, oferecendo-lhes maior suporte. O facto de as decisões de cuidados daquele recém-nascido dependerem de mim e ainda o facto de ser convidada a participar nas decisões clínicas dos outros recém-nascidos que precisavam de cuidados intensivos, permitiu o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo da neonatologia (E.E.- A1). As decisões clínicas em que fui convidada a colaborar, abordaram temáticas tão distintas como a decisão da ordem de não reanimação, a obstinação terapêutica e o des/conforto do recém-nascido.

Outro exemplo deste envolvimento, prende-se com o facto de haver uma criança com uma doença neurodegenerativa que apresentava paragens respiratórias. Porém, por decisão médica, procedia-se sistematicamente a medidas de reanimação, sem atender à qualidade de vida da mesma. Por haver um conflito entre a mãe desta criança e um seu outro filho de 5 anos, que referia que a mãe não lhe dava atenção, culpabilizando a existência deste bebé pela diminuição do afeto, procedemos à realização da pintura do pé da bebé e juntámos uma mensagem carinhosa para o menino. Dois dias depois encontrámos colado no berço da bebé um desenho infantil do irmão para a bebé e a mãe veio falar connosco sobre o que se tinha passado. Referia que estava a passar por um momento de grande angústia e isso refletia-se no facto de não estar disponível para os outros filhos e exprimiu que gostaria que a sua bebé “partisse” para que não sofresse mais (até esse momento a mãe não integrava a possibilidade de morte da bebé). Estas mesmas informações foram transmitidas à restante equipa profissional, feita reunião clínica e decidida Ordem de Não Reanimação, sendo que os cuidados a esta bebé seriam paliativos, de aumento da qualidade de vida e de diminuição da dor.

Apesar de sabermos das situações que as diferentes crianças internadas na neonatologia apresentavam, a privacidade das situações clínicas eram mantidas e o sigilo profissional cumprido. Por exemplo, a passagem de turno tinha de ser feita na sala onde se encontravam as crianças e os seus pais, mas no momento em que ocorria havia sempre a preocupação de pedir para os pais se ausentarem um pouco, incentivando a que nesse momento fossem fazer a extração de leite ou aproveitar para comerem, pois havia pais que passavam toda o dia lá. Para além disso, havia o

cuidado de não falar sobre a situação de outros bebés junto a outras unidades e de não tecer comentários fora de contexto. Outro dos cuidados que se tinha era a de apresentar práticas que não comprometessem a segurança da criança, como por exemplo através da higienização das mãos, de manter os isolamentos o melhor possível. Todos estes cuidados permitiram desenvolver competências na promoção de práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (E.E.- A2). A transição de diagnósticos para uma nova linguagem CIPE, levou ainda a que refletisse sobre os diagnósticos possíveis a serem levantados nos recém-nascidos que eu cuidava, não só de forma a dar evidência dos cuidados de enfermagem mas também de forma a permitir a melhor continuidade de cuidados, sem prejuízo para as necessidades do cliente.

Das estratégias não farmacológicas existentes, as que eram mais praticadas por mim estavam relacionadas com o uso de sacarose, a sucção não nutritiva e o posicionamento. Conforme o estágio foi decorrendo fui sensibilizada para o correto posicionamento e as suas inúmeras vantagens, passando a adotar esses conhecimentos não só no local de estágio mas igualmente no meu local de trabalho, o que levou a que algumas colegas questionassem no meu local de trabalho, o que fazia e o porquê. Após explicação e verificação por parte das mesmas sobre alguns benefícios do correto posicionamento, alguns colegas do serviço onde presto cuidados no quotidiano, começaram a ter um cuidado especial perante o posicionamento. Situações como a anteriormente descrita permitiram que gerisse os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. (E.E. – C1), através da orientação e supervisão das tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. O correto posicionamento e a sensibilização dos pares para o mesmo permitiu a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e deu sentido à importância de atender aos pormenores para evidência dos cuidados praticados.

Como anteriormente referido, o serviço onde me encontrava sofreu alteração no sistema informático de registo de cuidados, passando nesse momento a ter uma nova linguagem CIPE. Para tal, no mês em que me encontrei a estagiar, teve-se como objetivo comum, a melhor compreensão deste sistema, entender as limitações que

ainda podiam ser encontradas no mesmo e expor essas mesmas dúvidas aos elementos de referência do programa de forma a permitir uma melhoria contínua. Este trabalho permitiu desta forma que concebesse, gerasse e colaborasse em programas de melhoria contínua da qualidade (E.E.- B2).

A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (E.E.- B2), foi tida em atenção quando era interpelada pelos pais para abordar a temática do desenvolvimento da criança, ou sobre os cuidados que estava a prestar aos recém-nascidos. Com recurso à fundamentação teórica prévia, bem como através da leitura dos vários protocolos do serviço, consegui criar nos pais que cuidei, uma relação de confiança, com abertura para o esclarecimento de dúvidas e receios. Partilhava com os pais, todos os momentos importantes ao longo do turno, do que tinha sido feito ao seu filho e porquê, dando maior conhecimento a estes e fazendo-os sentir parte integrante dos cuidados, o que permitia um aumento da confiança destes nos cuidados que prestavam e uma diminuição da ansiedade sobre o local onde se encontravam os seus filhos. Também partilhava alguns momentos nos “diários” (projeto do serviço), o que permitia que desse mais ânimo àqueles pais que tantas vezes se encontravam desiludidos com a ideia do seu bebé ideal imaginário. Os “diários” dos recém-nascidos, era uma das ferramentas usadas para transmitir aos pais o que era feito, para os pais exporem as conquistas dos filhos ou lembranças dos mesmos e ainda era um meio que permitia a ventilação de emoções.

Se os “diários” permitiam uma reflexão informal e não académica, outras reflexões existiram que visaram o propósito da aquisição de competências de EE.

No que concerne à neonatologia, compreendi que apresentava lacunas sobre os cuidados ao prematuro e a sobre a gestão de emoções que deve ser feita, num ambiente de grande ansiedade e perspetivas. O contexto e as experiências vivenciadas permitiram-me um maior conhecimento sobre a minha forma particular de cuidar, em que muitas vezes adoto movimentos rápidos, pelo que foi necessário modificar os meus próprios comportamentos e gestos naquele serviço. Todas estas reflexões e mudanças de comportamento permitiram desenvolver um auto conhecimento e assertividade essencial ao desempenho de EE (E.E.- D1).

A tomada de consciência e mudança de comportamentos teve por base um aprofundamento teórico e a aquisição de conhecimentos que foram sustentando essa mesma mudança. Foi necessário assim recorrer a diferentes fontes que fossem uma base sólida à minha praxis clínica especializada (E.E.- D2). Desta forma tomei conhecimento dos diferentes protocolos que integravam o serviço, consultei alguns manuais existentes no local e aprofundei conhecimento recorrendo a manuais da biblioteca da escola e à consulta de artigos através das bases de dados, culminando na elaboração de uma síntese reflexiva (ver Apêndice XI).

Durante o estágio tive possibilidade de prestar cuidados à criança prematura mas também aos pais das mesmas, que vivenciavam um momento de grande ansiedade e modificação da imagem de bebé perfeito idealizado. Foi necessário deste modo, encontrar um discurso empático, seguro e sincero, que permitisse o desenvolvimento de uma relação de confiança, dando espaço nesses diálogos à veiculação de emoções, expressão de receios e ao festejo das conquistas. A abertura à presença de familiares significativos, permitiu o estreitamento familiar e o encontro dos elementos de segurança, de ajuda e de esperança para o casal. Toda esta relação permitiu que se fosse de encontro à assistência à criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde (E.E.E.S.C.J. – C.E1).

Após proporcionar o suporte à criança e família de forma a criar as melhores condições de desenvolvimento da criança, foi importante colocar em prática estratégias não farmacológicas que permitissem aliviar a dor da criança durante os procedimentos dolorosos ou associada ao próprio motivo de internamento. O cuidado à criança e família nas situações de especial complexidade (E.E.E.S.C.J. – C.E2), com é o caso da prematuridade, levou a que compreendesse que a administração de sacarose, a sucção não nutritiva e o posicionamento eram algumas das ENFAD aguda mais frequentemente usadas pelos enfermeiros. Quando possível associava-se a essas estratégias, outras estratégias, aliviando a dor do recém-nascido, esperando não interferir no seu bom desenvolvimento.

Por fim, foi ainda possível desenvolver competências para prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E.E.E.S.C.J. – C.E3), tendo tido oportunidade de cuidar da criança no início e fim da sua vida. Aquando do nascimento, alguns recém-nascidos eram levados para o serviço de neonatologia, ou por terem nascido prematuramente, ou por um parto complicado. Chegavam nas incubadoras de transporte em sacos térmicos de transporte, na companhia dos profissionais de saúde e quase sempre na companhia do pai, que se encontrava num misto de emoções. Era necessário então estabelecer uma rápida relação com o pai, felicitar pelo nascimento do seu filho, apresenta-lo a uma unidade de cuidados intensivos neonatais, explicar resumidamente a situação clínica e por fim dar uma esperança realista. Por outro lado, houve momentos em que foi necessário estar ao lado dos pais para lhes comunicar a má notícia do agravamento da situação de saúde do filho, lidando com as emoções mais negativas mas continuando a dar apoio no caminho que esperava futuramente estes pais, desta vez sem o seu filho.

A forma de cuidar que observei e tive possibilidade de partilhar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, constituiu um momento de grande aprendizagem, abrindo momentos de grande reflexão sobre a prática diária e permitindo o escrutínio de dilemas éticos, obstáculos à prática de excelência e o encontro de respostas a serem mobilizadas para uma melhoria dos cuidados, tendo por base situações de crescente complexidade. Estas situações permitiram a aquisição de competências não só enquanto EE mas também EEESCJ, tal como se observa pelo Apêndice XI, enriquecidas pela diversidade de experiências complexas, pela mobilização de novos recursos e estabelecimento de protocolos cientificamente elaborados e atuais, pela relação de ajuda fomentada e pela aplicação de inúmeras estratégias e terapias que visam o melhor desenvolvimento da criança, a integração dos pais e família e a excelência de cuidado.

### **3.4- Estágio na Urgência de Pediatria**

#### **3.4.1. – O Serviço de Urgência Pediátrica**

A urgência pediátrica apresenta-se como um contexto promotor do desenvolvimento de capacidades comunicacionais com a criança, jovem e seus cuidadores num momento de crise em que vivenciam sentimentos como perda, medo, sofrimento, sendo um trabalho árduo do enfermeiro a resposta adequada a todas essas emoções e em simultâneo uma resposta o mais imediata possível para si próprio (Smith, 1992).

A sensibilidade à dor relaciona-se com as experiências socioculturais dos indivíduos (Fernandes, 2000), isto é, “ a construção da dor é indissociável das experiências pessoais dos enfermeiros e dos contextos em que ocorre o contacto profissional, repetido, com o sofrimento e a dor” (Fernandes, 2000, p. 144).

O profissional de saúde deve: considerar a dor como uma urgência clínica; compreender que um bom tratamento da dor passa pela gestão da mesma; reconhecer que a dor pode atrasar a recuperação do cliente; reconhecer que a dor pode provocar sofrimento adicional para o cliente e sua família; reconhecer que a dor pode aumentar os custos de tratamento; identificar e adotar medidas imediatas para alívio da dor dos clientes; administrar analgésicos em dose e tempo adequado; dar espaço para que o cliente verbalize a dor sentida; atender a todas as dimensões da dor, que pode ser total (física, psíquica, social, espiritual e financeira e familiar). (Mota & Gonzalez, 2006).

O serviço de urgência de pediatria presta cuidados urgentes e emergentes, encontrando-se a dor presente não só enquanto doença, como nos casos de traumatismo e dor abdominal, mas também enquanto sinal de alerta decorrente de técnicas relacionadas com procedimentos (Lecussan & Barbosa, 2006).

A relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente deve ser desenvolvida o mais rapidamente possível, pois desta forma, é possível promover melhor adesão terapêutica, para além de facilitar a demonstração e emoções mais positivas, apesar do contexto causador de ansiedade (Hunter & Smith, 2007). Porém, o facto de o enfermeiro ser causador indireto de dor, por exemplo, através da realização de



procedimentos dolorosos como a colheita de sangue, leva a que a relação terapêutica seja mais dificilmente desenvolvida, constituindo-se um desafio para o EE.

Atender e dar a resposta adequada aos diferentes dilemas éticos que possam surgir durante os cuidados ao cliente pediátrico em situação de urgência e emergência é preponderante no sucesso da relação terapêutica. A dinâmica existente num serviço de urgência e emergência, em que as situações de doença têm pouco tempo para ter resposta, o nível de ansiedade e *stress* é elevado (Lecussan & Barbosa, 2006). Assim, é importante nestes serviços atender às diferentes perspetivas das situações, nunca esquecendo de: promover a autonomia do cliente, permitindo que a criança, jovem e família, possam decidir sobre qual o melhor cuidado para si e qual o que atende às suas necessidades; a não maleficência que se relaciona com a atenção de não infringir mal ao outro e por conseguinte evitar a dor no outro; o evitar a futilidade, principalmente em situações de cuidados de fim de vida ou dor agónica, primando-se em dar qualidade nos dias de vida em detrimento da quantidade de dias de vida; a beneficência pela proteção de cuidados à criança; e o princípio da justiça que se encontra diretamente relacionado com o cumprimento dos direitos de saúde da criança e jovem, bem como na forma do cumprimento do dever ético do enfermeiro (Maguire, 2003).

É na assunção destes deveres éticos que as ENFAD ganham relevo, na medida em que o ser humano é visto como um todo, e as suas necessidades são entendidas de uma forma global e única. Le Breton (1995) citado por Fernandes (2000), refere que "(...) não há dor sem sofrimento, isto é, sem significado afectivo, traduzindo a passagem de um fenómeno fisiológico para o centro da consciência moral do individuo." (Fernandes, 2000, p. 149)

Apesar deste sofrimento, conhece-se que a sensação de dor decorrente dos procedimentos dolorosos revela-se maior ou menor, consoante a mobilização de ENFAD e que as mesmas apresentam um papel relevante na facilitação da relação terapêutica (Sedin, Barbosa & Bassanezi, 2006).



De forma a compreender a importância da gestão da dor, em particular, a importância da mobilização de ENFAD, deve-se referir que todo o organismo reage quando se encontra perante um fator desencadeante de stress (Affonseca, Carvalho & Jardim, 2006).

Uma vez mais e corroborando o já anteriormente descrito neste relatório, o uso das ENFAD é essencial na reorganização do organismo face ao *stress* a que foi submetido, neste caso a dor, apresentando a presença contínua dos pais um papel preponderante no ajuste orgânico e na minimização da dor (Affonseca, Carvalho & Jardim, 2006).

O quarto momento formativo ocorreu numa urgência de pediatria onde existiam 6 são enfermeiros especialistas, que prestavam cuidados médicos e cirúrgicos emergentes ou urgentes às crianças e jovens com idade inferior a 18 anos e da área de influência do hospital, 24 sobre 24 horas.

Fisicamente, o local era extenso, o que permitia a privacidade das crianças e jovens, o cumprimento dos isolamentos necessários e a segurança dos profissionais de saúde que aí prestam cuidados, dado ser um local potencial para o surgimento de conflitos, devido à ansiedade frequente da família perante uma situação de doença aguda.

Os valores veiculados pela instituição, bem como a importância dada à qualidade, das quais faz parte a avaliação e o alívio da dor, tornou este contexto pertinente para o desenvolvimento de competências como EEESCJ, destacando-se entre as diferentes temáticas abordadas, a comunicação com o cliente, a ventilação de emoções e a promoção da emocionalidade positiva, bem como promover respostas adequadas para o alívio da dor aguda.

A instituição é acreditada pela *Joint Commission International*, comprovando a qualidade, isto é, que o hospital respeita, a todos os níveis, elevados padrões de qualidade e segurança dos doentes, em áreas como o controlo da infeção hospitalar,

a segurança dos medicamentos, a prestação dos cuidados médicos e cirúrgicos e a gestão da instituição.

No local de estágio foi ainda possível tomar contacto com o modelo de Triagem de Manchester, que é novo para mim, e que deverá vir a ser implementado no local onde exerço funções, pelo que compreendi através de uma observação participante, como o treino é essencial de forma a realizar uma rápida deteção dos problemas e uma eficaz resposta às necessidades específicas do cliente pediátrico e seus cuidadores.

### 3.4.2. Competências desenvolvidas em contexto de Urgência de Pediatria

Uma vez mais as atividades desenvolvidas estiveram intrinsecamente relacionadas com os objetivos gerais e específicos projetados para o período de estágio numa urgência de pediatria (ver apêndice VII). O estágio de pediatria neste ambiente foi o de maior duração, dado que era uma área onde a existência de dor aguda, bem como de procedimentos causadores de dor aguda faziam com que o meu interesse aumentasse e com isso aprender sobre a forma como os restantes colegas de enfermagem geriam essa mesma dor.

Dado ser a mesma área em que presto habitualmente cuidados, houve possibilidade de fazer troca de saberes e uma partilha para um crescimento pessoal e profissional. Porém, o facto de a área de trabalho ser a mesma não fez com que me dissociasse do meu papel de estudante, tendo sido necessário compreender novas e diferentes abordagens e dinâmicas multidisciplinares, o que permitiu o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (E.E.- A1). Esse mesmo facto foi reforçado por uma procura constante de saberes, aliados à prática profissional, o que elevou os saberes, de saber-saber e saber-fazer.

Tomar consciência de novas formas de atuar perante uma mesma situação e que no quotidiano do trabalho já não é refletido, deu a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem assentes em protocolos. Os cuidados de enfermagem

ocorriam com base na melhor evidência científica tendo por base protocolos de atuação, tal como era o caso da comunicação eficaz na triagem, na passagem de turno ou durante as transferências. Essas ações sob protocolo decorrem de auditorias sistemáticas ao serviço e de acordo com a *Joint Commission*, o que me permitiu integrar cuidados de qualidade na minha prática, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais (E.E.- A2).

Em consonância com os objetivos traçados investiu-se na gestão da dor na criança e jovem, partilhando conhecimentos com a equipa e participando no plano de formação e desenvolvimento do grupo de trabalho da dor em pediatria deste serviço, suportando desta forma, os elevados padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem (O.E., 2011).

A ênfase conferida pelos profissionais de enfermagem, à importância da formação em serviço, ajudou a criar a oportunidade de desenvolver em serviço uma formação sobre a importância das estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda em ambiente de urgência (ver Apêndice XV). Esta formação teve por um lado o objetivo de refletir sobre a temática da dor aguda em pediatria, partilhar as estratégias que eram desenvolvidas pelos colegas perante as diferentes situações de dor aguda e dar a conhecer novas estratégias e formas de as aplicar no ambiente de urgência. Esta ação de formação, baseada em princípios da formação de adultos (Mão-de-Ferro, 1999), permitiu que desempenhasse um papel de gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (E.E. – C1), dando seguimento a um trabalho sobre a dor já anteriormente desenvolvido pelos colegas. A revisão de literatura sobre esta temática e a sua partilha com colegas levou assim ao incentivo da melhoria da qualidade dos cuidados e a ir de encontro aos padrões de qualidade exigidos a essa mesma instituição.

Com vista a realização de programas de melhoria contínua da qualidade (E.E.- B.2.), bem como da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (E.E. – B.3), foi criada uma caixa, designada de Caixa Mágica (ver Apêndice XVI), que continha diversos objetos que visavam a avaliação da dor, bem como a sua gestão,

adaptada às características da dor aguda na criança e jovem e desta ocorrer em ambiente de urgência.

Foi desta forma essencial realizar a apresentação aos colegas de enfermagem sobre o que continha a Caixa Mágica, bem como, sugerir modos de emprego dos diferentes objetos. De forma a compreender o modo como tinha apresentado este projeto, da sessão procedeu-se a uma avaliação qualitativa e quantitativa, de acordo com o modelo de avaliação das sessões de formação da própria instituição (ver Apêndice XV). Esta ação permitiu o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade (E.E.- D.1), possibilitando que tomasse consciência sobre as qualidades e situações a serem melhoradas na apresentação, nomeadamente a ter atenção às condições locais onde a formação se desenrola, bem como atender ao correto funcionamento dos meios audiovisuais para não prejuízo da formação.

Para que esta apresentação tivesse valor para os restantes colegas e constituísse uma mais-valia para os seus saberes no âmbito da gestão da dor na criança, foi essencial proceder a uma revisão de literatura atualizada, adicionando aos conhecimentos já adquiridos pelos colegas, novos conhecimentos decorridos da evidência científica (E.E.- D.2).

Ainda para o contributo no desenvolvimento desta competência, foi possível participar nas XXII Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria – Diálogos na Dor (ver Anexo VI), onde apresentei o *poster* “Distraíndo na experiência da hospitalização, criando a relação” (ver Apêndice XIII e Anexo VII). Assisti ainda ao 14º Convénio Astor, 23ª Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta (ver Anexo VIII), onde foram abordados os novos conhecimentos na área da dor, com enfoque para a quinesioterapia.

O despertar para novas realidade através de uma procura de evidência científica, permitiu estar mais atenta não só aos cuidados de enfermagem prestados, como também, estar atenta à realidade das famílias. Uma das famílias com as quais tive contacto tinha um filho com paralisia cerebral com inúmeros internamentos na unidade de Cuidados Intermédios, integrante do Serviço de Urgência. Nos cuidados

parentais e na relação que os pais estabeleciam com a criança, compreendeu-se que os internamentos derivavam da exaustão do cuidador e por uma difícil aceitação da realidade, por uma perspetiva tão contrária à idealizada. Compreender esta família, articular com diferentes instituições de apoio e trabalhar por um objetivo de melhor saúde em equipa multidisciplinar, permitiu que assistisse a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde (E.E.E.S.C.J. – C.E1).

Com vista ao melhor desenvolvimento desta competência foi ainda construído ao longo dos quatro estágios um quadro síntese em que se evidenciam os principais procedimentos dolorosos e as suas ENFAD aguda (ver Apêndice VIII), fazendo uma compilação das diferentes ENFAD a poderem ser mobilizadas de acordo com as características procedurais (de que são exemplo, as colheitas de sangue, a colocação de sonda nasogástrica ou a aspiração) e contextuais ( de que são exemplos, as consultas externas, os internamentos de pediatria, a unidades de cuidados intensivos e os serviços de urgência).

A existência de uma Unidade de Cuidados Intermédios no Serviço de Urgência, permite o cuidado de crianças/ jovens e suas famílias em situações de especial complexidade (E.E.E.S.C.J. – C. E2). Um desses casos ocorreu com um adolescente que apresentava pneumotórax espontâneos de repetição, levando a internamentos consecutivos e a uma relação conflituosa com a mãe, sua principal cuidadora. Desta forma, nos internamentos seguintes, passou-se a escolher uma unidade que tivesse acesso a internet e à televisão de forma a promover a distração e comunicação com colegas. Também se incentivou a que a mãe gozasse períodos de descanso fora do hospital, permitindo assim, que a mesma retomasse ao seu emprego, criou-se uma relação de confiança através do humor com o adolescente, o que nos permitia perceber quando é que o mesmo tinha dores, administrar os mais precocemente possível medicação analgésica e melhorar o ambiente de cuidados.

Uma outra situação que ocorreu envolveu uma criança de 9 anos de idade, com doença oncológica e que pelo facto de ter dor moderada a intensa, foi colocada com PCA (analgesia controlada pelo cliente), o que permitiu que esta criança se tornasse responsável pelo seu processo de cura, integrada no mesmo, participativa e

aumentando a confiança nos profissionais de saúde. Esta técnica analgésica que não é nova, é ainda usada com receio nos clientes pediátricos, mas confere tanto à criança/ jovem como à sua família a possibilidade de se sentirem integrados no seu processo de tratamento (Anghelescu et al, 2012).

A integração dos clientes no seu processo de saúde e doença e a confiança que vai sendo criada entre o enfermeiro e o cliente, tem por base a comunicação. Nesse sentido, de forma a prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E.E.E.S.C.J. – C. E3), participei na 7ª Reunião Pediátrica do Hospital Cuf Descobertas, intitulada de “O sim e o não em pediatria” (ver Anexo IX), que culminou com a realização de uma avaliação relativa ao tema da comunicação em pediatria (ver Anexo X), que foi realizada com sucesso, permitindo adquirir ferramentas para uma comunicação mais apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

## 4. CONCLUSÃO

A qualidade e a segurança dos cuidados ao cliente pediátrico é preocupação constante nos organismos de acreditação internacional, (como p.ex a *Joint Commission International*), sendo critério de acreditação a gestão da dor ao longo do processo de saúde e doença do cliente.

Através da mobilização das diversas estratégias farmacológicas e não farmacológicas, evidencia-se uma gestão de dor eficaz na criança e jovem, permitindo que a dor aguda possa ser aliviada ou controlada, e o impacto da mesma seja menor no processo futuro de saúde e doença dos clientes.

A gestão da dor em pediatria torna-se complexa pela necessidade de estar atento aos fatores multicausais que num primeiro olhar espelham simplicidade mas que na sua essência são elementos fundamentais para uma gestão da dor eficaz.

A mobilização das diferentes estratégias não farmacológicas, exige do EEESCJ um olhar atento e aprofundado sobre a criança, jovem e sua família, reconhecendo sinais de sofrimento, criando uma relação empática de confiança e profissionalismo e prestando cuidados que vão de encontro às necessidades avaliadas.

Ilustrando a frase anteriormente escrita, cita-se o seguinte excerto do livro “O Príncipezinho”,

(...) cativa-me! (...) Tens de ter muita paciência. Primeiro, sentas-te longe de mim, assim, na relva. Eu olho para ti pelo canto do olho e tu não dizes nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas, de dia para dia, podes sentar-te um bocadinho mais perto (...). (Saint-Exupéry, 1995, p.69)

Desta forma, importa ao enfermeiro que cuida mobilizando estratégias não farmacológicas, atender às características do cliente a quem presta cuidados, contextualizar e derrubar as barreiras dos cuidados rotineiros, perspetivando novas estratégias que permitem o alívio da dor, permitindo cuidados adaptados às necessidades do cliente.

Fonseca e Santos (2006) parafraseiam o Professor Doutor Ribeiro da Silva que refere, “ (...) a dor pode ser poeticamente comparada à chama que se acende e se apaga, não ocupando espaço, mas desgastando e consumindo a matéria combustível que a mantém” (Fonseca & Santos, 2006, p.7)

Desta forma, a dor aguda carece de cuidados de enfermagem que atuem não só no seu alívio e impacto no quotidiano, como também tenham num papel preventivo.

O Estágio permitiu-me observar novas realidades e diferentes cuidados de saúde da criança, jovem e família, pelo que, desenvolvi uma prática especializada no âmbito da enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, fundamentando as atividades com base numa teórica de referência.

Considero que alcancei todos os objetivos propostos ao longo do percurso de Estágio, observando cuidados que me fizeram compreender melhor a gestão da dor aguda em pediatria, de acordo com os diferentes contextos onde tive possibilidade de estagiar. Verifiquei ainda que os elementos que comigo estiveram relacionados, ficaram sensibilizados e com interesse na temática verificando-se vontade em saber mais sobre as ENFAD.

A realização deste relatório promoveu também momentos de discussão sobre a temática em questão, e conseqüentemente, momentos de introspeção sobre a forma como cada enfermeiro presta cuidados não traumáticos.

As aquisições de competências gerais e específicas de EE foram uma constante ao longo deste processo de conhecimento e estiveram na base da formulação dos objetivos que guiaram este trabalho.

No futuro pretende-se aprofundar conhecimentos na área da dor em pediatria, estendendo-os à fisiopatologia e à dor crónica. Verificam-se lacunas em relação à existência de manuais portugueses referentes à dor em pediatria, que sejam acessíveis e atualizados. Constata-se ainda a inexistência de consultas de dor aguda exclusivamente para atendimento ao cliente pediátrico, ao contrário do modelo já



existente para o cliente adulto, pelo que concebo o desenvolvimento deste tema num projeto futuro

Em suma, considero que este foi um percurso desbravado no conhecimento, tendo ido de encontro aos meus gostos pessoais e às minhas necessidades profissionais e que serviu para consistentemente perspetivar novos projetos nesta área, entre os quais a formação de uma equipa multidisciplinar, que integraria uma unidade de dor aguda para cuidados na área à criança, jovem e sua família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affonseca, C. A.; Carvalho, L. F. A.; Jardim, S. R. H. (2006). A Dor na criança politraumatizada e vítima de queimaduras. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). Dor em Pediatria (150-155). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and their work*. 8<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier
- Altimier, L; & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Sevem Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Elsevir*. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- American Academy of Pediatrics (2006), Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2243. DOI: 10.1542/peds.2006-2277
- Anghelescu, D. L.; Faughnan, L. G.; Oakes, L. L.; Windsor, K. B.; & Pei, D. (2012). Parent-Controlled PCA for Pain Management in Pediatric Oncology: Is it Safe? *J Pediatr Hematol Oncol*. 2012 August ; 34(6): 416–420. doi:10.1097/MPH.0b013e3182580496.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, II série, 9, 61-67. Acedido a: 20.07.2015. Disponível em: [http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2133&id\\_revista=4&id\\_edicao=26](http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26)
- Askin, D. F.; & Wilson, D. (2014). *Recém-nascido de Alto Risco e a Família*. In M. Hockenberry; & D. Wilson (2014) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição), 331- 411. Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Dor aguda versus dor crónica (s.d.). Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php/sobre-a-dor/a-dor/14-dor-aguda-versus-dor-cronica>.

- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel
- Batalha, L.M.C. (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria – uma década. *Revista Saúde e Tecnologia*. Suplemento. 16-21.
- Briga, S. C. (2010). *A comunicação terapêutica Enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Brinker, D. (2003). Pain Management. In a Moloney-Harmon, P. A.; Czerwinski, S. J. (Coords). *Nursing Care of the Pediatric Trauma Patient*. (118-136) USA: Saunders.
- Buisson-Marandel, C.; Dreuzzy, P.; Hubert, P.; & Poissim Salomon, A. S. (2006). *A dor na criança – Guia de atitudes e procedimentos* (I. Legatheaux, Trad.) (1ª ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. (Tradução do original francês Guide pour la Prise en Charge de la Doleur de l'Enfant, 2006, França: Elsevier).
- Centro Nacional do Observação em Dor (2010). Implementação da Dor como 5º Sinal Vital nos Hospitais Portugueses. Acedido a: 14.04.2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/implementacao-da-dor-como-5-sinal-vital-nos-hospitais-portugueses-relatorio-final.aspx>
- Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E. (2010). Missão, visão, valores e objetivos. Acedido a: 05.05.2015. Disponível em: <http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=3>
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (2014). Missão e valores. Acedido a: 26.04.2015. Disponível em: <http://www.chln.pt/index.php/o-chln/missao-e-valores>
- Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. (2015). Missão, visão e valores- Acedido a: 28.05.2015. Disponível em: [http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/MissaoValores/?sm=0\\_1](http://www.chlo.min-saude.pt/Hospital/MissaoValores/?sm=0_1)

- Cunha, J. A. L. A. (2011). Avaliação da Dor Aguda Pós-operatória na Criança e no Adolescente: Comparação entre o Registo da Avaliação da Dor realizada pelos Enfermeiros e pelo Investigador (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Acedido a: 18.06.2015. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAAahUKEwijkPChz\\_HGAhULwBQKHS0cBBE&url=http%3A%2F%2Fdeposito-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F52800%2F2%2FDissertao%2520MIM%2520Joana%2520Cunha.pdf&ei=Eg-xVaO\\_HouAU624klgB&usg=AFQjCNGQVjfvXZXo6zOjUPzmmh6sYzmXv6Q](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAAahUKEwijkPChz_HGAhULwBQKHS0cBBE&url=http%3A%2F%2Fdeposito-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F52800%2F2%2FDissertao%2520MIM%2520Joana%2520Cunha.pdf&ei=Eg-xVaO_HouAU624klgB&usg=AFQjCNGQVjfvXZXo6zOjUPzmmh6sYzmXv6Q)
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (1996) com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril (1998) dos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro): Capítulo II, Artigo 4º, N.º 3, 3
- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto (2013) do Ministério da Educação e Ciência. Diário da República: 1ª série, N.º 151 (07-08-2013), 4760-4761
- Decreto-Lei n.º 168/2009 de 31 de Agosto (2009) do Ministério da Educação e Ciência. Diário da República: 1ª série, N.º 168 (31.08.2009), 5757-5758
- Diogo, P.; Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16 (2), 62-71. Acedido a: 18.02.2016. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwislmgoITLAhXLshQKHTKUDd8QFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FPE162\\_Artigo4\\_6271\(1\).pdf&usg=AFQjCNHowx6GY3iw0a\\_4-sl4TdZzYXNgGQ&bvm=bv.114733917,d.bGs](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwislmgoITLAhXLshQKHTKUDd8QFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FPE162_Artigo4_6271(1).pdf&usg=AFQjCNHowx6GY3iw0a_4-sl4TdZzYXNgGQ&bvm=bv.114733917,d.bGs)
- Direção Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. DGS: Lisboa. Acedido a 18.06.2015. Disponível em: [http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Programa\\_Controlo\\_da\\_Dor.pdf](http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf)

- Direção Geral de Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. DGS: Lisboa. Acedido a: 18.06.2015. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTA CAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTA%20CAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)
- Direção Geral de Saúde (2012). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor). DGS: Lisboa. Acedido a: 14.04.2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana/Downloads/i019565.pdf>
- Echinard, C.; Latarjet, J. (2010) Queimaduras. Loures: Lusociência (Tradução do original francês Les Brûlures. Paris: Elsevier)
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2015). Documento Orientador da UC de Estágio com Relatório.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com dor – O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferraz, A. R.; & Guimarães, H. (s. d.). A História da Neonatologia no Mundo. Acedido em: 13.03.2016. Disponível em: [http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros\\_projectos/201107201653-historia\\_da\\_neonatologia\\_no\\_mundo.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201653-historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf)
- Festini, F.; Occhipinti, V.; Cocco, M.; Biermann, K.; Neri, S; Giannini, C.; Galici, V.; Martino, M.; & Caprilli, S. (2009) Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*. 18(7):1018-1026. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02430.x
- Fonseca, A.; Santos, L. (2006). *A dor na criança - Atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. 1ª Ed. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Gaspardo, C. M.; Martinez, F. E.; & Linhares, M. B. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-

nascidos pré-termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1), 77-85. Acedido a: 18.07.2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-05822010000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-05822010000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Gentil Martins, A. (1991) Alguns aspectos psicológicos da humanização. In A. Moleiro; A. Gentil Martins; M. C. A. Carvalho; M. J. L. Fernandes; M. L. Levy (Coords). Humanizar o atendimento à criança (13-18). Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Gil, M.L.O (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor – um novo caminho...* (Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Acedido a: 19-02-2015. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9462>

Gonçalves, A. L. V. R. (2008). Dor crónica pediátrica em Portugal: caracterização da situação (Dissertação no âmbito do mestrado em Ciências da Dor 1ª ed.). Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa. Acedido a: 28.05.2015. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1013>

Greenwald, M. (2010). Analgesia for the pediatric trauma: Primum non nocere?. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 11(1), 28-40. DOI: 10.1016/j.cpem.2009.12.008

Grunau, R. E. (2013). Neonatal Pain in Very Preterm Infants: Long-Term Effects on Brain, Neurodevelopment and Pain Reactivity. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 4(4). 1-13. DOI: [10.5041/RMMJ.10132](https://doi.org/10.5041/RMMJ.10132)

Grupo de Trabalho Contra a Dor (2011). Saiba como ajudar o seu filho a lidar com a dor. *Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE*. Acedido a: 18.07.2015. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAAahUKEwiDrIT\\_h-XGAhVG6xQKHbkPAP0&url=http%3A%2F%2Fwww.chlc.min-](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAAahUKEwiDrIT_h-XGAhVG6xQKHbkPAP0&url=http%3A%2F%2Fwww.chlc.min-)

saude.pt%2FResourcesUser%2FCHL%2FEducacao\_para\_a\_saude%2FSaiba\_ como\_ajudar\_o\_seu\_filho\_a\_lidar\_com\_a\_dor.pdf&ei=uXmqVcPrJ8bWU7mfgO gP&usg=AFQjCNEewulNnGnlip4seOf\_DNWWbo2vjA&bvm=bv.98197061,d.bGg

Honckenberry, M. J.; & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In M. Hockenberry; & D. Wilson (2014) Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª Edição), 1-18. Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)

Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: just another buzz word? *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 859–861. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2006.12.015

Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. Leiden.

International Association for the Study of Pain (1994). Taxonomy- Pain. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>

Jacob, E (2014). Avaliação e Gestão da Dor na Criança. In M. Hockenberry; & D. Wilson (2014) Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª Edição), 188-234. Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.

Kuo, D. Z.; Houtrow, A. J.; Arango, P.; Kuhlthau, K. A.; Simmons, J. M.; & Neff, J. M. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J*, 16, 297–305. DOI: 10.1007/s10995-011-0751-7

Lamy, Z. C.; Gomes, M. A. S. M.; Gianini, N. O. M.; Henning, M. A. S. (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668. Acedido a: 24.07.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a22v10n3>.

- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. Acedido a: 7 de Março de 2016. Disponível em: <http://www.worldcat.org/title/stress-appraisal-and-coping/oclc/609341596/viewport>
- Lebet, R. M. (2003). Impact of trauma on growth and development. In a Moloney-Harmon, P. A.; Czerwinski, S. J. (Coords). *Nursing Care of the Pediatric Trauma Patient*. (96-105) USA: Saunders.
- Lecussan, P.; Barbosa, S. M. M. (2006). Importância da Dor Infantil e Causas do seu Subtratamento. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria* (17-20). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- Levy, M. L. (1991). Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. In A. Moleiro; A. Gentil Martins; M. C. A. Carvalho; M. J. L. Fernandes; M. L. Levy (Coords). *Humanizar o atendimento à criança* (13-18). Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.
- Lewandowski, L. A.; Frosch, E. (2003). Psychosocial aspects of pediatric trauma. In a Moloney-Harmon, P. A.; Czerwinski, S. J. (Coords). *Nursing Care of the Pediatric Trauma Patient*. (340-355) USA: Saunders.
- Luz Saúde (2015). Hospital Beatriz Ângelo: Visão, missão e valores. Acedido a: 16.04.2015. Disponível em: <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/institucional/hospital-beatriz-angelo/>
- Machado, M. G. P.; Marcatto, J. O.; Silva, Y. P. (2006). Consequências a longo prazo da dor infantil. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria* (94-97). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- Machado, M.G. P.; Barbosa, R. F.; Silva, Y. P. (2006). A Dor em Neonatologia. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria* (105-115). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.



- Maguire, D. P. (2003). Ethical competencies for pediatric trauma nursing care. In a Moloney-Harmon, P. A.; Czerwinski, S. J. (Coords). *Nursing Care of the Pediatric Trauma Patient*. (26-33) USA: Saunders.
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri
- Martins, T. S. S.; & Silvino, Z. R. (2010). Um marco conceitual para o cuidado à criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. *Congitare Enfermagem*, 15(2), 340-344.  
Acedido a: 21.07.2015. Disponível em:  
<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAAahUKEwjdz-rLyPHGAhXFXBQKHf-dBwk&url=http%3A%2F%2Fojs.c3sl.ufpr.br%2Fojs%2Findex.php%2Fcogitare%2Farticle%2FviewFile%2F17873%2F11663&ei=EwixVZ36GsW5Uf-7nkg&usg=AFQjCNHGY1IU8UYh9Oehb0gyoAGUdZjPBg>
- McGrath, J. M. (2014). *Family: Essencial Partner in Care*. In Kenner, C.; Lott, J. W. (2014). *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. (5<sup>th</sup> Edition), 739-765 New York: Springer Publishing Company
- Mendes, S. M. R.; Silva, A. P. B. F.; Ferreira, S. C.; & Silva, F. R. F. (2014). A utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança. *Nursing*, 1-18.  
Acedido a: 18.07.2015. Disponível em: <http://www.nursing.pt/a-utilizacao-de-estrategias-nao-farmacologicas-de-alivio-da-dor-na-crianca/>
- Menezes, E. M.; & Silva, M. J. (1988). A enfermagem no tratamento de queimaduras. Brasil: Grupo de Editores de Livros Universitários
- Mocerri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 40(1), 6-12. DOI: 10.1016/j.jen.2012.04.014
- Mota, J. A. C.; Gonzalez, C. O. (2006). Abordagem da dor na criança e no adolescente: aspectos éticos. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria* (13-16). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.

- National Association of Neonatal Nurses (2011). *Age-Appropriate Care of the Premature and Critically Ill Hospitalized Infant Guideline for Practice*. *Glenview*
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds). *The Neuman Sistem Model*, 5<sup>th</sup> ed., (pp.1-33). Upper Saddle River (NJ): Person
- Neves, M. A. (2006). A Dor no Pós-operatório de Cirurgia Infantil. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria* (141-149). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- Oakes, L. L. (2011). *Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management: an evidence-based approach for nurses*. USA: Springer Publishing Company
- O'Malley, P.J.; Brown, K.; & Krug, S.E. (2008) Patient – and family – centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 122 (2), 511-521. DOI: 10.1542/peds.2008-1569.
- Operação Nariz Vermelho (2014). Projeto Visitas ao Bloco Operatório. Acedido a: 18.07.2015. Disponível em:<http://www.chlc.min-saude.pt/content.aspx?menuid=3>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa:OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Carta dos direitos do doente internado*. Lisboa: OE.  
Acedido a: 14.04.2016. Disponível em:  
[ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta\\_Direitos\\_Do\\_ente\\_Internado.pdf](http://ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Do_ente_Internado.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*.

Lisboa: O.E. Disponível em:  
[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjABahUKEwj9yqesyPHGAhXLthQKHUCIAYw&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicacoes%2FDocuments%2FRegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf&ei=0QexVb2eFMvtUsDKhuAI&usg=AFQjCNEtcluT\\_uwM8aQuqfnf7QZ1qF\\_pZw&bvm=bv.98476267,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjABahUKEwj9yqesyPHGAhXLthQKHUCIAYw&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicacoes%2FDocuments%2FRegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf&ei=0QexVb2eFMvtUsDKhuAI&usg=AFQjCNEtcluT_uwM8aQuqfnf7QZ1qF_pZw&bvm=bv.98476267,d.d24)

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos OE, série I, 3(2). Acedido a 24.07.2016. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_VolIII.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. S.l.: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 19-02-2015. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Parecer: A gestão dos cuidados de enfermagem no seio da reforma dos cuidados de saúde primários. Lisboa: OE. Acedido a 23.07.2016. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer\\_GestaoCuidadosEnfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_GestaoCuidadosEnfermagem.pdf)

Orientação n.º 014/2010 de 14 de Dezembro (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direção Geral de Saúde, N.º 014/2010 (14-12-2010). Acedido a: 19-02-2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010.aspx>

Orientação n.º 022/2012 de 18 de Dezembro de 2012. *Orientações técnicas sobre o controle da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Direção Geral de Saúde, N.º022/2012 (18-12-2012). Acedido a: 19-02-2015.

Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx>

Pires, A. L. S. (2006). Fatores que afetam a percepção da dor em crianças. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria* (21-28). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011) da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2.ª série, N.º 35 (18-02-2011), 8648

Rosch, P. J. (s.d.) Reminiscences of Hans Selye, and the birth of “stress”. Acedido em: 04.03.2016. Disponível em: <http://www.stress.org/about/hans-selye-birth-of-stress/>

Royal College of Nursing (2009). Clinical practice guidelines: The recognition and assessment of acute pain in children - Update of full guideline. Acedido a 23.03.2015. Disponível em: <file:///E:/Algoritmo%20de%20avaliação%20de%20dor%202009.pdf>

Saint-Exupéry, A. (1995). *O Príncipezinho*. Lisboa: Relógio D'Água

Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. USA: Basic Books

Sendin, E. F. A.; Barbosa, S. M. M.; Bassanezi, B. S. B. (2006). Hospital sem Dor. In Silva, Y. P.; Silva, J. F. (Coords). *Dor em Pediatria* (98-102). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.

Setúbal, M. S. V. (2009). Relato da história da inserção e evolução do atendimento psicológico a bebês e suas famílias em uma Unidade de Neonatologia. *Rev Paul Pediatr*, 27(3), 340-344. Acedido a: 24.07.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n3/17.pdf>

Smith, P. (1992). *The Emotion Labour of Nursing*. Houndmills: Macmillan.

Söderbäck, M. (2013). A comparative study of actions and beliefs involving family caregivers of hospitalized children among nurses in Sweden and Mozambique.

*Journal of Cultural Diversity*. 20 (2), 66-74. Acedido a: 01.03.2016. Disponível em:  
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=12744d7f-e1f7-4b0f-a8c8-63858fa8b1a3%40sessionmgr4010&vid=2&hid=4109>

Srouji, R.; Ratnapalan, S. & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and nonpharmacological management. *International Journal of Pediatrics*, 10. DOI: 10.1155/2010/474838

The National Child Traumatic Stress Network. Disponível em: <http://www.nctsn.org/>

Twicross, A. (2010) Managing pain in children: where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 19, (15-16), 2090-2099. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03271.x.

Vasconcellos, T. (2007). Humanização da Unidade de Neonatologia. *Jornal do Centro*, 17, 12. Acedido a: 18.07.2015. Disponível em:  
[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAAahUKEwj6tYnnp-XGAhXCaRQKHYS\\_Cms&url=http%3A%2F%2Fwww.hsfxavier.min-saude.pt%2FDownloads\\_HSA%2FHSSF%2FComunica%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520e%2520Imagem%2FJornal%2520do%2520Centro%2F2007%2Fjornal17p.pdf&ei=FZuqVbrXFMLTUYv\\_qNgG&usg=AFQjCNFOJ6CLTGKCG0yKICT4aIV15Urfkg&bvm=bv.98197061,d.d24](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAAahUKEwj6tYnnp-XGAhXCaRQKHYS_Cms&url=http%3A%2F%2Fwww.hsfxavier.min-saude.pt%2FDownloads_HSA%2FHSSF%2FComunica%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520e%2520Imagem%2FJornal%2520do%2520Centro%2F2007%2Fjornal17p.pdf&ei=FZuqVbrXFMLTUYv_qNgG&usg=AFQjCNFOJ6CLTGKCG0yKICT4aIV15Urfkg&bvm=bv.98197061,d.d24)

Vala, M.; Neto P.; Silvério, L.; Reis, A., & Amendoeira, J. (2014). Cuidar de crianças hospitalizadas culturalmente diversas. *Revista da UIIPS*, 5(2), 103-111. Acedido a 01.03.2016. Disponível em: [http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS\\_N5\\_Vol2\\_ESSS\\_2014.pdf#page=103](http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf#page=103)

Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia - cuidados para o desenvolvimento. In Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Oriental, EPE (editor). *Neonatologia Manual Prático – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais* (pp. 260-262). Lisboa: Saninter.

- Vinall, J.; & Grunau, R. E. (2014). Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. *Pediatric Reserach*, 75 (5), 584-587. DOI: 10.1038/pr.2014.16
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers
- Wente, S. J. K., & Richfield, R. N. (2013). Nonpharmacologic Pediatric Pain management in Emergency Departments: A systematic review of the literature. *Journal of emergency nursing*, 39(2), 140-150. DOI: 10.1016/j.jen.2012.09.011

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE I**

**- Definições dos conceitos do modelo de sistemas de B. Neuman -**

## DEFINIÇÕES DOS CONCEITOS DO MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN

### ABORDAGEM DA TOTALIDADE DO CLIENTE

Este modelo apresenta uma abordagem dinâmica, aberta, com sistemas desenvolvidos para o atendimento ao cliente, atuando como um foco unificador para a definição de problemas de enfermagem e para a compreensão do cliente em interação com o meio ambiente. O cliente como um sistema pode ser definido como uma pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social. Os clientes são vistos como totalidades cujas partes estão em interação dinâmica. O modelo considera todas as variáveis que afetam simultaneamente, o sistema do cliente: fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento, e espirituais.

### FUNÇÃO OU PROCESSO

O cliente enquanto um sistema de trocas de energia, informação e matéria com o meio ambiente, bem como outras partes e subpartes do sistema, utiliza recursos energéticos disponíveis para se mover em direção à estabilidade e integridade como uma totalidade.

#### INPUT E OUTPUT

Para o cliente como um sistema, *input* e *output* são a matéria, energia e informação que são trocados entre o cliente e o ambiente.

#### FEEDBACK

O *output* do sistema em forma de matéria, energia e informação serve como *feedback* para o futuro *input*, para medidas corretivas de mudança, melhoramento ou estabilização do sistema.

#### NEGUENTROPIA

É o processo de conservação de energia que auxilia o sistema na progressão em direção à estabilidade ou ao bem-estar.

#### ESTABILIDADE

A estabilidade é um estado dinâmico e desejável de equilíbrio em que as trocas de energia podem ter lugar sem a interrupção do caráter do sistema, o que aponta para a saúde e integridade ótima.

## AMBIENTE

São forças internas e externas que rodeiam o cliente, influenciando-o e sendo influenciado por ele, em qualquer ponto no tempo.

## AMBIENTE CRIADO

O ambiente criado é desenvolvido inconscientemente pelo cliente para expressar a totalidade do sistema simbolicamente. A sua finalidade é fornecer proteção para o funcionamento do sistema do cliente e isolando o cliente de *stressores*.

## SISTEMA CLIENTE

O sistema cliente é composto por cinco variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento, e espirituais) em interação com o ambiente. A variável fisiológica refere-se à estrutura e função do corpo. A variável psicológica refere-se a processos mentais em interação com o ambiente. A variável sociocultural refere-se aos efeitos e influências das condições sociais e culturais. A variável de desenvolvimento refere-se a processos e atividades relacionadas com a idade. A variável espiritual refere-se a crenças e influências espirituais.

## ESTRUTURA BÁSICA

O cliente como um sistema é composto por um núcleo central rodeado por anéis concêntricos. O círculo interno do diagrama representa os fatores de sobrevivência básica ou recursos de energia do cliente, tais como características inatas ou genéticos.

## LINHAS DE RESISTÊNCIA

Trata-se de uma série de anéis quebrados em torno da estrutura de base do núcleo, que representam fatores de recursos que ajudam o cliente a defender-se contra um *stressor*. As linhas de resistência servem como fatores de proteção que são ativadas por *stressores* penetrantes da linha normal de defesa.

## LINHA NORMAL DE DEFESA

É o círculo sólido exterior que representa o nível adaptativo da saúde desenvolvido ao longo de tempo e serve como padrão para medir o desvio de bem-estar. A expansão da linha normal de defesa reflete um estado de bem-estar melhorado e a contração indica um estado de bem-estar diminuída.

## LINHA FLEXÍVEL DE DEFESA

É o anel exterior quebrado e serve de proteção atenuante para prevenir que o *stressores* rompam o estado de bem-estar padrão. Alguns fatores podem afetar o grau de proteção conferida pela linha flexível de defesa, tanto positiva como negativamente. Neuman descreve a linha flexível de defesa como o primeiro mecanismo de proteção do sistema do cliente, que ao expandir-se, aumenta a proteção a curto prazo contra a entrada do *stressor*, e ao contrair-se, oferece menos proteção.

## SAÚDE

A saúde é uma continuação de bem-estar para a doença que é dinâmica por natureza. O bem-estar ideal ocorre quando as necessidades totais do sistema estão a ser completamente satisfeitas.

## BEM-ESTAR

Existe quando todas as subdivisões do sistema interagem em harmonia com todo o sistema e todas as necessidades do sistema estão atendidas.

## DOENÇA

É extremo oposto da continuação de bem-estar e representa um estado de instabilidade e de esgotamento de energia.

## STRESSORES

São estímulos produzidos por tensão que têm o potencial de perturbar a estabilidade do sistema, levando a um resultado que pode ser positivo ou negativo. Podem surgir a partir de:

- Forças Intrapessoais que ocorrem dentro do indivíduo, tais como respostas condicionadas
- Forças interpessoais que ocorrem entre um ou mais indivíduos, tais como, as expectativas de papel

- Forças extrapessoais que ocorrem para além do indivíduo, tais como a situação financeira.

## GRAU DE REAÇÃO

O grau de reação representa a instabilidade do sistema que ocorre quando *stressores* invadem a linha normal de defesa.

## PREVENÇÃO COMO INTERVENÇÃO

As intervenções são ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir ou manter a estabilidade do sistema, podendo ocorrer antes ou depois das linhas de proteção de defesa e resistência serem perfuradas. A intervenção deve ter início quando um *stressor* é suspeito ou identificado. As intervenções são baseadas em possível ou real grau de reação, recursos, metas e resultados esperados. Neuman identifica três níveis de intervenção: primário, secundário e terciário.

### PREVENÇÃO PRIMÁRIA

É usado quando um *stressor* é suspeito ou identificado. Uma reação ainda não ocorreu mas o grau de risco é conhecido. O objetivo é reduzir a possibilidade de encontro com o *stressor* ou diminuir a possibilidade de uma reação.

### PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Envolve intervenções ou tratamentos iniciados após os sintomas do *stress* terem ocorrido. Os recursos internos e externos do cliente são utilizados para reforçar as linhas internas de resistência, reduzir a reação, e aumentar fatores de resistência.

### PREVENÇÃO TERCIÁRIA

Ocorre após o tratamento ativo ou estadio de prevenção secundária. Concentra-se em reajustar para dar estabilidade ideal do sistema do cliente. O objetivo é manter o bem-estar ideal, prevenir a recorrência de reações ou de regressão.

## RECONSTITUIÇÃO

Ocorre após o tratamento para reações aos *stressores*. Representa o retorno do sistema à estabilidade, a qual pode estar a um nível mais elevado ou mais baixo do bem-estar inicial.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and their work*. 8<sup>th</sup> ed. Missouri: Elsevier

## **APÊNDICE II**

**- Os pressupostos do modelo de B. Neuman-**

## **Pressupostos de Neuman**

Betty Neuman considera que cada cliente é um sistema único, composto por elementos e características específicas, de acordo com uma determinada gama de respostas.

Os fatores de *stress* são multivariados, podendo ser conhecidos ou desconhecidos. Cada um desses fatores apresenta uma capacidade particular de poder perturbar a estabilidade habitual do cliente ou a sua linha normal de defesa. As inter-relações particulares das variáveis do cliente poderão afetar em qualquer momento o grau de proteção do mesmo, que está protegido pela linha flexível de defesa contra possíveis fatores de *stress*.

Cada sistema do cliente desenvolveu um parâmetro normal de respostas ao meio ambiente, que é referido como uma linha normal de defesa. A linha normal de defesa pode ser utilizada como um padrão, a partir da qual se poderá medir o desvio em relação ao estado de saúde.

Quando a linha flexível de defesa não é mais capaz de proteger o sistema do cliente contra um stressor ambiental, esse stressor rompe a linha normal de defesa.

O cliente, quer esteja num estado de bem-estar ou de doença, apresenta uma composição dinâmica das inter-relações das variáveis. Bem-estar é entendido como uma continuação da energia disponível para apoiar o sistema, querendo visar um estado ótimo de estabilidade do mesmo.

Dentro de cada sistema do cliente encontram-se implícitos fatores de resistência internos, conhecidos como linhas de resistência, que funcionam de forma a estabilizar e a reencaminhar o cliente para o seu estado de bem-estar habitual.



A prevenção primária refere-se ao conhecimento geral que é utilizado para a avaliação do cliente e intervenção no mesmo, na identificação e redução ou alívio dos possíveis ou reais fatores de risco associados aos *stressores* ambientais que são necessários evitar.

A prevenção secundária refere-se a sintomatologia após uma reação ao *stress*, sendo necessário classificar adequadamente as prioridades de intervenção e tratamento de forma a reduzir os seus efeitos nocivos.

A prevenção terciária refere-se aos processos de ajustamento em curso, recomeçando com a reconstituição e fatores de manutenção do bem-estar, de modo a que o cliente volte para a prevenção primária.

Assim, o cliente como um sistema encontra-se em troca de energia constante e dinâmica com o meio ambiente.

Newman refere que o modelo foi desenhado para os cuidados de enfermagem mas que pode ser utilizado por outras áreas da saúde, facilitando a abordagem ao cliente e a visão de totalidade que se poderá ter do mesmo.

## **REFÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds).  
The Neuman Sistem Model, 5<sup>th</sup> ed., (pp.1-33). Upper Saddle River (NJ): Person

## **APÊNDICE III**

### **- A evolução em Portugal da legislação em dor-**

## **A EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO SOBRE DOR EM PORTUGAL**

Ao longo dos anos o olhar sobre o sofrimento e necessidades da criança e jovem foi ficando mais aberto, e apesar de recente é possível encontrar-se documentação legislativa diversa de suporte a este olhar humanizador.

Os primeiros olhares sobre os cuidados à criança e jovem surgem na Convenção sobre os direitos da criança de 20 de Novembro de 1959, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, referindo-se que a criança precisa de especial proteção devido à sua imaturidade.

Num trabalho de parceria entre diversos países europeus, publicou-se a Carta da Criança Hospitalizada, onde se poderá ler que “ (...) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (IAC, 1988, p.9).

Em Portugal, surgiu da interação da Direção Geral de Saúde com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor a 26 de Março de 2001, o Plano Nacional de Luta contra a Dor, equiparando a dor ao 5º Sinal Vital e fazendo ênfase na sua avaliação.

Em 2003, surge a Circular Normativa da dor a 5º sinal vital (Circular Normativa Nº09/DGCG, de 14/06/2003), que tinha como principais objetivos: 1. O registo sistemático da intensidade da Dor; 2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: “Escala Visual Analógica” (convertida em escala numérica para efeitos de registo), “Escala Numérica”, “Escala Qualitativa” ou “Escala de Faces”; 3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor. Assim, Portugal tornou-se no primeiro país da União Europeia a equiparar a dor a quinto sinal vital em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A 8 de maio de 2008 surge o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD). A 22 de Setembro de 2008 é criada a Comissão Nacional de Controlo da Dor, com a missão de acompanhar e avaliar, a nível nacional, o desenvolvimento do PNCD.

O olhar sobre a dor na criança encontra-se presente na Carta do Doente Internado, (... ) todo o doente internado tem direito ao tratamento da dor. Os conhecimentos científicos permitem, hoje, dar uma resposta, quase na totalidade, às dores crónicas ou agudas, quer sejam sentidas por crianças, adultos ou idosos. (...) Nos actos cirúrgicos a crianças, deverá ser permitida a presença de um elemento securizante (habitualmente um dos pais), na indução anestésica, de modo a minimizar as repercussões psico-emocionais. (OE, 2010c)

A 14 de Dezembro de 2010 é publicada a norma sobre a Avaliação da Dor em Pediatria, pela DGS, dando destaque à boa prática de avaliação de dor em pediatria, orientando para a história de dor, a importância da avaliação de dor em pediatria e por fim, recomendavam o uso de algumas escalas.

Em Julho de 2010 surge o Relatório Final sobre a Implementação da Dor como 5º Sinal Vital nos Hospitais Portugueses, pelo Centro Nacional de Observação em Dor –OBSERVDOR, concluindo-se à data que existia falta de registo da dor, de locais próprios de registo da mesma, mas estava a apostar-se na formação em dor nos diferentes serviços hospitalares.

Decorrente deste relatório, a 6 de junho de 2012, adota-se um novo modelo orientador, agora designado de “Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)” (DGS, 2012) e que tinha por objetivos: a) Reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa; b) Melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor; c) Racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

Em 2013, surge pela OE, o Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança e que se apresenta como base de trabalho a este Relatório.

## **APÊNDICE IV**

**- Indicadores comportamentais de dor na idade pediátrica-**

## Indicadores comportamentais de dor na idade pediátrica

Estadio de Desenvolvimento da Criança	Indicadores Comportamentais de Dor
<p>Recém-nascido e Lactente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão facial: testa franzida, adejo nasal, olhos fechados, lábios tensos;</li> <li>• Irritabilidade;</li> <li>• Diminuição do repouso;</li> <li>• Choro contínuo e intenso;</li> <li>• Chora quando o estímulo doloso é aplicado;</li> <li>• Adota posição fetal;</li> <li>• Punhos cerrados;</li> <li>• Diminuição ou recusa em alimentar-se;</li> <li>• Hiperalerta;</li> <li>• Diminuição do repouso ou incapacidade para dormir;</li> <li>• Hipersensibilidade ao toque;</li> <li>• Músculos em tensão.</li> </ul>
<p>Toddler</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressões verbais repetidas, como, “Au”, “Ai”, “Dói”;</li> <li>• Agressividade;</li> <li>• Friccionar, puxar, resguardar ou tocar na zona dolorosa;</li> <li>• Incapaz de ser confortado;</li> <li>• Comportamento infantilizado;</li> <li>• Resistência a ser ajudado;</li> <li>• Irritabilidade/ Inquietação;</li> <li>• Pesadelos/ incapacidade para dormir;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da tolerância à atividade;</li> <li>• Pouca tolerância à frustração;</li> <li>• Mudança na forma habitual de brincar;</li> <li>• Procura objetos de conforto;</li> <li>• Procura o conforto dos pais e/ou outros cuidadores;</li> </ul>
Pré-escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Choro forte, gritos;</li> <li>• Negação da dor perante sinais de um possível procedimento doloroso ou invasivo;</li> <li>• Verbalização repetitiva, “Isto dói! Isto dói! Isto dói!”;</li> <li>• Expressões verbais como, “Au” e “Ai”;</li> <li>• Recusa que os pais ou os enfermeiros toquem na região afetada pela dor;</li> <li>• Batimento com os membros inferiores e superiores;</li> <li>• Tentativas de afastar o estímulo antes que seja aplicado;</li> <li>• Falta de cooperação; é necessário contenção física;</li> <li>• Exige o fim do procedimento;</li> <li>• Agarra-se aos pais e/ou outras pessoas significativas;</li> <li>• Solicita conforto emocional ou físico;</li> </ul>
Escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negação da dor na presença de pistas comportamentais;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistência ao movimento;</li> <li>• Fácies cansado;</li> <li>• Pesadelos;</li> <li>• Menos tolerância à frustração;</li> <li>• Proteção da área dolorosa;</li> <li>• Distanciamento emocional;</li> <li>• Irritabilidade/ Inquietação/ Agressividade;</li> <li>• Comportamento de adiamento, pela verbalização de “Pode esperar mais um pouco?”;</li> <li>• Dentes cerrados;</li> <li>• Punhos cerrados;</li> <li>• Olhos fechados;</li> <li>• Testa enrugada.</li> </ul>
Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Músculos em tensão;</li> <li>• Proteção da área dolorosa;</li> <li>• Alteração das atividades de vida diárias;</li> <li>• Pesadelos;</li> <li>• Modificação do apetite;</li> <li>• Irritabilidade/ Inquietação/ Agressividade;</li> <li>• Aumento da sonolência perante a ausência de medidas de alívio da dor;</li> <li>• Baixa tolerância à frustração;</li> <li>• Fácies cansado;</li> <li>• Protestos vocais menores;</li> <li>• Usa expressões verbais como, “Estás a magoar-me!” ou “Dói!”;</li> </ul>
Não comunicante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fácies cansado;</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rubor facial;</li><li>• Aumenta a tensão muscular;</li><li>• Hipersensibilidade ao ambiente;</li><li>• Bruxismo;</li><li>• Hipoatividade;</li><li>• Punhos cerrados;</li><li>• Hipersensibilidade ao toque;</li><li>• Incapacidade de ser confortado;</li><li>• Choro contínuo;</li><li>• Espasmos das extremidades;</li><li>• Vomitar;</li><li>• Incapacidade para estar deitado sempre na mesma posição.</li></ul>
--	--

Indicadores comportamentais de dor na idade pediátrica baseado em: Jacob, 2014, p.189; Brinker, 2003, p.125

## **APÊNDICE V**

**- Escalas de avaliação da dor em pediatria mobilizadas em Estágio-**

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA MOBILIZADAS EM ESTÁGIO

- **N-PASS**

**Nome da escala:** *Neonatal pain, agitation and sedation scale;*

**Tipo de dor indicada para o uso desta escala:** Dor em ventilado, pós operatória e relacionada com procedimentos;

**População alvo:** gestação igual ou superior a 23 semanas até recém-nascidos de termo com 100 dias;

**Observações:** Complicada de aplicar;

Critério de avaliação	Sedação		Normal	Dor/ Agitação	
	-2	-1	0	1	2
<b>Choro / Irritabilidade</b>	Não há choro com estímulos dolorosos	Geme ou chora pouco com estímulos dolorosos	Choro adequado Não está irritável	Irritável ou chora a intervalos Consolável	Choro agudo ou silencioso- contínuo Inconsolável
<b>Comportamento / Estado</b>	Não há reação a qualquer estímulo Não há movimento espontâneo	Reação mínima aos estímulos Ligeiro movimento espontâneo	Adequado à idade gestacional	Irrequieto, contorce-se Acorda frequentemente	Arqueia-se, dá pontapés Constantemente acordado ou Reage minimamente/ não há movimento (não está sedado)

<b>Expressão Facial</b>	A boca está relaxada Sem expressão	Expressão mínima com os estímulos	Relaxado Adequado	Qualquer expressão de dor é intermitente	Qualquer expressão de dor é contínua
<b>Extremidades / Tónus</b>	Não há reflexo de agarrar Tónus flácido	Reflexo de agarrar fraco ↓ tónus muscular	Mãos e pés relaxados Tónus normal	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos de forma intermitente (<30'')	Fecha as mãos e encolhe os pés ou estica os dedos continuamente (≥30'')
<b>Sinais Vitais: FC; FR; TA; SaO<sub>2</sub></b>	Não há variação com a estimulação Hipoventilação ou apneia	< 10% variação dos valores iniciais dos estímulos	Dentro dos valores iniciais ou normais para a idade gestacional	↑10-20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> a 76-85% com estimulação – ↑ rapidamente (≤2')	↑ > 20% dos valores iniciais SaO <sub>2</sub> ≤ 75% com a estimulação – ↑ lentamente (>2')
				Não está sincronizado com a ventilação	

Avaliação da dor no prematuro:

**+3** pontos se idade gestacional inferior a 28 semanas /idade corrigida

**+2** pontos se idade gestacional entre as 28 e as 31 semanas /idade corrigida

**+1** ponto se idade gestacional entre as 32 e as 35 semanas/ idade corrigida.

- **NIPS**

**Nome da escala:** *Neonatal Infant Pain Scale*;

**Tipo de dor indicada para o uso desta escala:** Dor aguda;

**População alvo:** Recém-nascidos com idade de gestação igual ou superior a 24 semanas;

**Observações:** Não pode ser usada em RN com entubação traqueal;

<b>Expressão Facial</b>	<b>0</b> Relaxada <b>1</b> Tensa
<b>Choro</b>	<b>0</b> Ausente <b>1</b> Fraco <b>2</b> Vigoroso
<b>Respiração</b>	<b>0</b> Relaxada <b>1</b> Diferente do basal
<b>Braços</b>	<b>0</b> Relaxados, algum movimento ocasional <b>1</b> Fletidos/ Estendidos
<b>Pernas</b>	<b>0</b> Relaxados, algum movimento ocasional <b>1</b> Fletidos/ Estendidos
<b>Estado de Alerta</b>	<b>0</b> Dormindo/ Calmo <b>1</b> Intensivo

- **EDIN**

**Nome da escala:** *Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*;

**Tipo de dor indicada para o uso desta escala:** Todos os tipos;

**População alvo:** Recém-nascidos com idade de gestação igual ou superior a 25 semanas, podendo ser usada (em alguns locais) até ao 1 ano de idade;

**Observações:** Escala de avaliação comportamental. Com reprodutibilidade para a população portuguesa;

<b>Expressão Facial</b>	<p><b>0</b> Expressão facial relaxada</p> <p><b>1</b> Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/lábios finos e cerrados/ queixo franzido</p> <p><b>2</b> Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas</p> <p><b>3</b> Contração permanente ou expressão rígida, face cianótica</p>
<b>Corpo</b>	<p><b>0</b> Relaxado</p> <p><b>1</b> Agitação transitória, mais tempo calmo</p> <p><b>2</b> Agitação frequente, mas é possível acalmar-se</p> <p><b>3</b> Agitação permanente: contração das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada com corpo rígido</p>
<b>Sono</b>	<p><b>0</b> Adormece facilmente; sono prolongado e calmo</p> <p><b>1</b> Adormece dificilmente</p> <p><b>2</b> Acorda espontaneamente, mesmo quando não é manipulado; sono agitado</p> <p><b>3</b> Não dorme</p>
<b>Interação</b>	<p><b>0</b> Atento</p> <p><b>1</b> Apreensão passageira no momento do contacto</p>

	<b>2</b> Contacto difícil, chora ao menor estímulo Recusa contacto, nenhuma relação possível, grita ou geme sem estímulo
<b>Consolabilidade</b>	<b>0</b> Não precisa de consolo <b>1</b> Acalma-se rapidamente com carícias, ao som da voz ou sugando <b>2</b> Acalma-se com dificuldade <b>3</b> Inconsolável; sucção desesperada.

- **FLACC**

**Nome da escala:** *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*;

**Tipo de dor indicada para o uso desta escala:** Dor aguda;

**População alvo:** Inferior a 19 anos (O.E., 2008); até aos 7 anos (Batalha, 2010);

**Observações:** Facilidade de aplicação;

<b>Face</b>	<b>0</b> Nenhuma expressão especial ou sorriso; <b>1</b> Caretas ou sobancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse; <b>2</b> Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas;
<b>Pernas</b>	<b>0</b> Normais ou relaxadas; <b>1</b> Inquietas, agitadas, tensas; <b>2</b> Chutando ou esticando;
<b>Atividade</b>	<b>0</b> Deitado calmamente, na posição normal, movendo-se facilmente; <b>1</b> Contorcendo-se, movendo-se para a frente e para trás, tensa; <b>2</b> Curvada, rígida ou com movimentos bruscos;
<b>Choro</b>	<b>0</b> Sem choro (acordada ou dormindo); <b>1</b> Gemidos ou choramingos; queixa ocasional;

	<b>2</b> Choro continuado, grito ou soluço, queixa com frequência;
<b>Consolabilidade</b>	<b>0</b> Satisfeita, relaxada; <b>1</b> Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais, pode ser distraída <b>2</b> Difícil de consolar ou confortar.

- FACES**

**Nome da escala:** Wong Baker Faces Pain Scale

**Tipo de dor indicada para o uso desta escala:** Todos os tipos

**População alvo:** Igual ou superior a 3 anos de idade

**Observações:** Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor.



**Instruções:** Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

**Face 0** está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

**Face 1** tem apenas um pouco de dor.

**Face 2** tem um pouco mais de dor.

**Face 3** tem ainda mais dor.

**Face 4** tem muita dor.

**Face 5** tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

- NUMÉRICA**

**Nome da escala:** Escala de avaliação de dor numérica

**Tipo de dor indicada para o uso desta escala:** Todos os tipos



**População alvo:** Igual ou superior a 6 anos

**Observações:** Implica pensamento abstrato



### **Referencias Bibliográficas:**

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel

Direção Geral de Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. DGS: Lisboa. Acedido a: 18.06.2015. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)

Jacob, E (2014). Avaliação e Gestão da Dor na Criança. In M. Hockenberry; & D. Wilson (2014) Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª Edição), 188-234. Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)

Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor – Guia Orientador de boa prática. Lisboa: OE. Acedido a: 19.07.2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

Figuras baseadas nos sites:

<http://www.novafisio.com.br/o-papel-da-unidade-de-terapia-intensiva-no-desenvolvimento-de-estresse-em-recem-nascidos-prematuros>. Acedido a: 08.01.2016

<http://pneumologia.facafisioterapia.net/2014/04/artigo-avaliacao-da-dor-em-recem.html>. Acedido a: 08.01.2016

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/1v62n1435a13032313pdf001.pdf>. Acedido a: 08.01.2016

<http://www.scielo.br/img/revistas>. Acedido a: 08.01.2016

## **APÊNDICE VI**

### **- Definições das diferentes ENFAD-**

DEFINIÇÕES DAS DIFERENTES ENFAD	
ENFAD	DEFINIÇÃO
<b>DESSENSIBILIZAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino de técnicas de <i>coping</i> a fim de reduzir a sensibilidade do organismo;</li> <li>• Diminui a ansiedade;</li> <li>• Exige tempo de cuidados;</li> </ul>
<b>DISTRAÇÃO COMPORTAMENTAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barato;</li> <li>• Rápido;</li> <li>• Desvia a tenção da dor para coisas agradáveis;</li> <li>• Deve ser começada antes dos procedimentos dolorosos;</li> <li>• Implica atividade física que permita o relaxamento da criança e jovem;</li> </ul>
<b>REFORÇO POSITIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transforma o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso;</li> <li>• Dá a significação de desafio;</li> <li>• Elogio ou recompensa através de um relato positivo;</li> <li>• Recompensas: (por exemplo) autocolantes, pensos coloridos, diplomas, medalhas; balões;</li> </ul>
<b>RELAXAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui o metabolismo, o consumo de energia e de oxigénio;</li> <li>• Diminui FR, FC e TA;</li> <li>• Dá a sensação de calma;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui a sensação ansiedade e dor;</li> <li>• Aumenta a expectativa positiva;</li> <li>• ATIVO: Relaxamento progressivo dos grupos musculares;</li> <li>• RESPIRATÓRIO: Respiração do diafragma;</li> <li>• PASSIVO: Procura sensações corporais, como o calor e peso, associado ao relaxamento;</li> <li>• MEDITATIVO: Concentração sobre uma imagem;</li> </ul>
<b>INFORMAÇÃO PREPARATÓRIA/ ANTECIPATÓRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a criança, jovem e cuidadores sobre o procedimento que se vai efetuar;</li> <li>• O cliente torna-se participante nos cuidados;</li> <li>• A antecipação depende da idade e do temperamento;</li> <li>• Informação sensorial: tem foco na explicação das sensações que podem decorrer dos procedimentos, recorrendo aos 5 sentidos;</li> <li>• Informações sobre o procedimento: explica sobre o procedimento a realizar;</li> </ul>
<b>MUDANÇA DE MEMÓRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação fidedigna;</li> <li>• Tem por objetivo desmistificar;</li> <li>• Diminui a angustia antecipatória;</li> </ul>
<b>PARAGEM DE PENSAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para crianças ansiosas;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parar pensamento negativo;</li> <li>• A seguir diz-se pensamentos positivos.</li> </ul>
<b>HIPNOSE CLÍNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de consciência alterado com um objetivo terapêutico;</li> <li>• O seu uso recomenda-se a partir dos 4 anos de idade;</li> <li>• Modificação de experiências;</li> <li>• Conjugua diferentes ENFAD;</li> <li>• Apresenta várias modalidades, passíveis de adaptar aos diferentes contextos;</li> </ul>
<b>DISTRAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desviar a atenção da dor para coisas agradáveis;</li> <li>• Bom enquanto os analgésicos não funcionam;</li> <li>• 0 – 6m: (exemplo) musica</li> <li>• 6m - 2 anos: bolas de sabão, pequenos jogos.</li> <li>• 3 – 6 anos: (exemplo) imaginar um super herói, contar histórias</li> <li>• Adolescentes: (exemplo) falar sobre o quotidiano.</li> <li>• Eficazes;</li> <li>• Económico;</li> <li>• Requerem pouco tempo;</li> <li>• Para dor ligeira a moderada, de curta duração (inferior a 60 minutos);</li> </ul>
<b>SIMULAÇÃO/ MODELAGEM/ ENSAIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre o que se vai fazer;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerir comportamentos que permitam a melhor relação com a dor e ansiedade;</li> <li>• Materiais: (exemplo) Legos, bonecos, hospital dos pequeninos.</li> </ul>
<b>IMAGEM GUIADA/ ORIENTADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma forma de relaxamento;</li> <li>• Usa o mecanismo de <i>coping</i>;</li> <li>• Imagem mental do agrado da criança, usando os 5 sentidos;</li> <li>• O seu uso recomenda-se a partir dos 4 anos de idade;</li> <li>• Implica tempo de aplicação;</li> </ul>
<b>CALOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a circulação sanguínea;</li> <li>• Elimina os produtos de degradação metabólica;</li> <li>• Desencadeia o processo nociceptivo;</li> <li>• Dependendo do tempo e intensidade de aplicação, produz efeitos a nível local, regional ou geral;</li> <li>• Útil nas dores musculares e nas crises vasoclusivas;</li> <li>• O seu uso recomenda-se a partir de 1 ano de idade;</li> </ul>
<b>FRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui a circulação periférica;</li> <li>• Retarda a transmissão dos impulsos nervosos;</li> <li>• Ação anti-inflamatória;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição das substâncias excitatórias;</li> <li>• O seu uso recomenda-se a partir de 1 ano de idade;</li> </ul>
<b>MASSAGEM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elimina os produtos de degradação celular;</li> <li>• Estimula as fibras de grandes diâmetros dos aferentes primários;</li> <li>• Útil nas dores musculares, queimados e em recém-nascidos;</li> </ul>
<b>POSICIONAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregulação;</li> <li>• Promoção de conforto;</li> <li>• Evita a desorganização motora;</li> <li>• Posição fetal nos prematuros.</li> </ul>
<b>CONTENÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover os ninhos e o abraço de um profissional ou cuidador formal.</li> </ul>
<b>CONCENTRAR MANIPULAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui a ansiedade.</li> </ul>
<b>CANGURU MATERNO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contato pele a pele;</li> <li>• Reduz significativamente o choro e a atividade comportamental;</li> <li>• Diminui a FC;</li> <li>• 15 min. antes do procedimento;</li> </ul>
<b>TENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação elétrica nervosa transcutânea;</li> <li>• Estimulação elétrica da pele através de 2 ou 4 elétrodo;</li> <li>• Afeta os receptores sensitivos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação das fibras grossas condutoras de sensações não dolorosas;</li> <li>• Liberta substância endógenas analgésicas.</li> </ul>
<b>SACAROSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liberta opioides endógenos;</li> <li>• Controla as vias de nociceção;</li> <li>• Efeito anti-álgico;</li> <li>• Sabor doce;</li> <li>• Indicado para lactentes com menos de 3 meses;</li> <li>• Deve ser colocada na porção anterior da língua;</li> <li>• Grande pre termo (31 s): 0.5 ml;</li> <li>• Pre termo (36s): 1 ml;</li> <li>• Termo: 2 ml;</li> <li>• Adminsitrar 2 min antes do procedimento;</li> <li>• Contra indicado para prematuros com menos de 28 semanas;</li> <li>• Indicado para procedimentos como punção venosa e capilar;</li> </ul>
<b>PRESENÇA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora o relacionamento e segurança;</li> <li>• É elemento securizante;</li> </ul>
<b>TOQUE/CONFORTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora a segurança;</li> <li>• Conforto: (exemplo) embalar, acariciar;</li> </ul>
<b>SUÇÃO NÃO NUTRITIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduz a ansiedade;</li> <li>• Inibe a hiperatividade;</li> <li>• Modula o desconforto no RN;</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A analgesia ocorre durante os momentos ritmados de sucção;</li> </ul>
<b>AMAMENTAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema opióide endógeno</li> </ul>
<b>CONFORTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir a luz e ruídos;</li> <li>• Atenção ao uso de fardas</li> </ul>
<b>MUSICOTERAPIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui a ansiedade;</li> <li>• Induz ao relaxamento;</li> <li>• Ativa a produção de endorfinas endógenas;</li> </ul>
<b>ARTERAPIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expressão da criatividade;</li> <li>• Promovem a segurança e conforto;</li> </ul>
<b>HUMOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia;</li> <li>• Alivia a ansiedade;</li> <li>• Aumenta a confiança;</li> <li>• Promove um pensamento positivo;</li> </ul>

Baseado em: Batalha, 2010 ; OE, 2013

## **APÊNDICE VII**

### **- Objetivos e atividades projetadas para Estágio-**

OBJETIVO GERAL 1	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS ESPECIALISTA NO ÂMBITO DA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA E DO JOVEM				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1	Minimizar o impacto dos <i>stressores</i> relacionados com a experiência da hospitalização;				
ATIVIDADES	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL DE ESTAGIO	COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)
a) Realização de pesquisa bibliográfica; b) Conhecimento da dinâmica dos diferentes contextos de Estágio; c) Prestação de cuidados de enfermagem atendendo ao desenvolvimento da criança e jovem; d) Compreensão das principais emoções presentes na criança/jovem/cuidador durante o período de contacto com o hospital através da observação participante e da prestação de cuidados; e) Elaboração de um estudo de caso no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem com diagnósticos de dor aguda ou potencial com base no quadro de referência Betty Neuman e com recurso a uma linguagem classificada;	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...); <b>Humanos:</b> ♥ Equipa de enfermagem;	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio;	Ao longo de todos os locais de Estágio	<b>Consultas externas do HSM</b> a) b) c) d) f) g) h)  <b>Cirurgia Pediátrica do HDE</b> a) b) c) d) e) f) g) h)	<b>Competências CEE</b> A.1 – A. 1.1.; 1.2. A.2 – A. 2.1. B.3 – B. 3.1. D.1 – D. 1.1.  <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.2. C. E2 – E 2.2.; E2.4. C. E3 – E 3.1.; E 3.3.

<p>f) Divulgação da emocionalidade positiva para enfrentamento dos <i>stressores</i> inerentes à hospitalização, como dor, ansiedade e medo junto dos enfermeiros dos diferentes contextos de Estágio;</p> <p>g) Entrevista a EESECJ/peritos nos diferentes contextos de estágio através de um guião de entrevista (impacto da hospitalização; emoções vivenciadas, estratégias para minimizar os <i>stressores</i>) para aferir a sua abertura e obstáculos à emocionalidade positiva;</p> <p>h) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;</p>				<p><b>UCI</b></p> <p><b>Neonatais</b></p> <p><b>do HSFX</b></p> <p>a) b) c) d) f)</p> <p>g) h)</p> <p><b>Urgência</b></p> <p><b>de</b></p> <p><b>Pediatria</b></p> <p><b>do HBA</b></p> <p>a) b) c) d) f)</p> <p>g) h)</p>	
--	--	--	--	--	--

OBJETIVO GERAL 1	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS ESPECIALISTA NO ÂMBITO DA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA E DO JOVEM				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2	Facilitar a comunicação expressiva de emoções;				
ATIVIDADES	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL DE ESTAGIO	COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)
a) Realização de pesquisa bibliográfica; b) Conhecimento a dinâmica dos diferentes contextos de Estágio; c) Prestação de cuidados de enfermagem facilitadores da expressão de emoções da criança/jovem/cuidadores; d) Promoção da ventilação de emoções nos diferentes contextos junto de crianças/jovens/cuidadores; e) Observação de sinais e/ou sintomas subjacente a emoções não verbalizadas; f) Reflexão sobre as práticas através de jornais de aprendizagem e utilizando o Ciclo Reflexivo de <i>Gibbs</i> ; g) Elaboração de um estudo de caso no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem com diagnósticos de dor aguda ou potencial com base no quadro de referência Betty Neuman e com recurso a uma linguagem classificada;	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...) <b>Humanos:</b> ♥ Equipa de enfermagem;	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio;	Ao longo de todos os locais de Estágio: a) b) c) d) e) f) i) 26.10.2015 a 27.11.2015: g) 1, 2, e 3 de Outubro de 2014: h)	<b>Consultas externas do HSM</b> a) b) c) d) e) f) h) i) <b>Cirurgia Pediátrica do HDE</b> a) b) c) d) e) f) i) g) <b>UCI Neonatais do HSFX</b>	<b>Competências CEE</b> A.2 – A. 2.1. B.3 – B. 3.1. D.1 – D. 1.1.; D. 1.2. <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.2. C. E2 – E 2.2. C. E3 – E 3.3.

<p>h) Participação nas I Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos da Liga Portuguesa Contra o Cancro (poster a concurso);</p> <p>i) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;</p>				<p>a) b) c) d) e) f) i)</p> <p><b>Urgência de Pediatria do HBA</b></p> <p>a) b) c) d) e) f) i)</p>	
---	--	--	--	--	--

<b>OBJETIVO GERAL 2</b>	<b>PROMOVER A GESTÃO DA DOR AGUDA EM CRIANÇAS/JOVENS</b>				
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1</b>	Analisar práticas dos enfermeiros sobre a utilização das ENFAD aguda;				
<b>ATIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>DATAS</b>	<b>LOCAL DE ESTAGIO</b>	<b>COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)</b>
a) Realização de pesquisa bibliográfica; b) Identificação de procedimentos invasivos/dolorosos à criança/jovem mais comumente realizados nos diferentes contextos; c) Observação participante das práticas de mobilização das ENFAD no âmbito da gestão da dor pediátrica através de uma grelha de observação; d) Análise dos dados obtidos pela grelha de observação de cuidados; e) Entrevista a EESECJ/peritos nos diferentes contextos de estágio através de um guião de entrevista (importância do uso das ENFAD; principais estratégias mobilizadas; dificuldades vivenciadas); f) Análise de conteúdo das entrevistas realizadas;	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...); <b>Humanos:</b> ♥ Equipa de enfermagem;	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio;	Ao longo de todos os locais de Estágio	<b>Consultas externas do HSM</b> a) b) c) d) e) f) g) h) i)  <b>Cirurgia Pediátrica do HDE</b> a) b) c) d) e) f) g) h) i)  <b>UCI Neonatais do HSFX</b>	<b>Competências CEE</b> A.1 – A. 1.4. B.2 – B. 2.1. D.2 – D. 2.2.  <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.1. C. E2 – E 2.2. C. E3 – E 3.3.

<p>g) Prestação de cuidados a crianças/jovens com diagnóstico real ou potencial de dor aguda, nos diferentes contextos e em diferentes faixas etárias;</p> <p>h) Reflexão sobre as práticas através de jornais de aprendizagem e utilizando o Ciclo Reflexivo de <i>Gibbs</i>;</p> <p>i) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;</p>				<p>a) b) c) d) e) f) g) h) i)</p> <p><b>Urgência de Pediatria do HBA</b></p> <p>a) b) c) d) e) f) g) h) i)</p>	
---	--	--	--	--	--



OBJETIVO GERAL 2	PROMOVER A GESTÃO DA DOR AGUDA EM CRIANÇAS/JOVENS				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2	Promover o uso de ENFAD aguda no âmbito dos cuidados de enfermagem;				
ATIVIDADES	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL DE ESTAGIO	COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)
a) Elaboração de Revisão Crítica da Literatura; b) Identificação de necessidades de formação dos enfermeiros das equipas de Enfermagem nos diferentes locais de Estágio; c) Desenvolvimento de atividades de formação oportunas em contexto de Estágio no âmbito da gestão da dor pediátrica, em particular na mobilização das ENFAD com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação de dados/informações à equipa;</li> <li>• Discussão em grupo das atividades/ENFAD</li> </ul> d) Criação de um <i>dossiê</i> temático sobre uma ENFAD considerada mais pertinente para o serviço; e) Criação de <i>kit</i> promotor das ENFAD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgação do Kit nos diferentes locais de Estágio;</li> <li>• Incentivo à criação do mesmo em grupos de trabalho;</li> </ul>	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...); ♥ Diferentes materiais de artes plásticas (cartão, plástico, cola..);	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio; ♥ Avaliação pela equipe de enfermagem das ENFAD sugeridas, através de grelha de avaliação;	Ao longo de todos os locais de Estágio: a) b) c) d) e) f) h) i) l)  04.01.2016 a 05.02.2016: g)	<b>Consultas externas do HSM</b> a) b) c) d) e) g) h) k)  <b>Cirurgia Pediátrica do HDE</b> a) b) c) d) e) g) h) j) k)  <b>UCI Neonatais do HSFX</b>	<b>Competências CEE</b> A.2 – A. 2.2. B.1 – B. 1.1.; B. 1.2. B.2 – B. 2.2. B.3 – B. 3.1. D.2 – D.2.1.; D. 2.2.  <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.2. C. E2 – E 2.2.; E 2.4 C. E3 – E 3.3.

<p>f) Elaboração de um manual sobre as ENFAD adaptadas ao contexto de urgência de pediatria;</p> <p>g) Promoção dos cuidadores como parceiros na mobilização das ENFAD;</p> <p>h) Elaboração de suporte aos cuidadores no âmbito da gestão de dor aguda em função das necessidades identificadas nos diferentes contextos de Estágio.</p> <p>i) Participação nas 23<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta e 14<sup>o</sup> Convénio da ASTOR;</p> <p>j) Elaboração de um estudo de caso no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem com diagnósticos de dor aguda ou potencial com base no quadro de referência Betty Neuman e com recurso a uma linguagem classificada;</p> <p>k) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;</p>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>♥ Equipa de enfermagem;</p> <p>♥ Crianças e jovens com dor aguda ou risco de dor aguda;</p>		<p>Janeiro 2016: j)</p> <p>26.10.2015 a 18.12.2015: k)</p>	<p>a) b) c) d) e) g) h) j) k)</p> <p><b>Urgência de de Pediatria do HBA</b></p> <p>a) b) c) d) e) f) g) h) i) k)</p>	
---	---	--	--	--	--

## **LEGENDA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA:**

**A.1** – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

**A.1.1.** – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;

**A.1.2.** – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;

**A.1.4.** – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;

**A.2** – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais;

**A.2.1.** – Promove a proteção dos direitos humanos;

**A.2.2.** – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;

**B.1** – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica;

**B.1.1.** – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade;

**B.1.2.** – Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;

**B.2** – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

**B.2.1.** – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado;

**B.2.2.** – Planeia programas de melhoria contínua;

**B.3** – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

**B.3.1.** – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

**D.1** – Desenvolve o auto-conhecimento e assertividade;

**D.1.1.** – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

**D.1.2.** – Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;

**D.2** – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

**D.2.2.** – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área de especialidade;

**D.2.2.** – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;

## **LEGENDA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM:**

**C. E1** – Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde;

**E 1.1.** – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;

**E 1.2.** – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem;

**C. E2** — Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade;

**E2.2.** — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;

**E2.4.** – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde; recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;

**C. E3** – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**E3.1.** – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;

**E 3.3.** – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;

## **APÊNDICE VIII**

**- Procedimentos dolorosos e suas ENFAD aguda-**

## Procedimentos dolorosos e suas ENFAD aguda

Ao longo do estágio e nos dos diferentes contextos, foi possível observar e realizar diferentes procedimentos passíveis de serem causadores de dor aguda à criança e jovem assim como diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda, tal como de seguida se apresenta:

- **No Serviço de Consultas Externas de Pediatria**

<b>Procedimentos que provocam dor aguda/ stress nas Consultas Externas:</b>	<b>Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda aplicadas:</b>
Avaliação de Tensão Arterial	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toque sereno;</li><li>• Concentrar manipulações;</li><li>• Sacarose (após o procedimento);</li><li>• Sucção não nutritiva;</li><li>• Posicionamento;</li><li>• Toque/ Conforto;</li></ul>
Colheitas de sangue	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toque sereno;</li><li>• Concentrar manipulações;</li><li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li><li>• Sucção não nutritiva;</li><li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li><li>• Conforto;</li><li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li><li>• Distração;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tivessem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Prick Test – Teste cutâneo de alergias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imaginário guiado;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Puncionar para cateter venoso periférico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tivessem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Imunoterapia sub-cutânea	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Avaliação de glicémia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo (elogiu);</li> </ul>
Administração de Insulina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Presença;</li> <li>• Conforto</li> <li>• Relaxamento</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se</li> </ul>

	<p>tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo (Elogiu);</li> </ul>
Administração de injetáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Teste de bombas de insulina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Presença;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>

- **No Serviço de Internamento de Pediatria**

Procedimentos que provocam dor aguda/ stress na Urgência de Pediatria:	Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda aplicadas:
Aspiração de secreções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno;</li> </ul>
Avaliação de tensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Ambiente tranquilo</li> </ul>
Colheita de sangue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Informação preparatória</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Colocação de sonda naso-gástrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais);</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Reforço positivo</li> </ul>
Mobilização no leito (para clientes pediátricos sem mobilidade)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tiverem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Relaxamento;</li> <li>• Ambiente tranquilo;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Puncionar acesso venoso periférico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Distração</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Reforço positivo</li> </ul>
Realização de pensos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> <li>• Imaginário guiado;</li> <li>• Relaxamento;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tivessem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>

- **No Serviço de Neonatologia**

<b>Procedimentos que provocam dor aguda/ stress em Neonatologia:</b>	<b>Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda aplicadas:</b>
Aspiração de secreções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> </ul>
Avaliação de tensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Toque/ Conforto;</li> </ul>
Colheita de sangue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> </ul>
Colocação de sonda oro-gástrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> </ul>
Colocação de cateter venoso umbilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Posicionamento (após procedimento)</li> </ul>
Manipulação do lactente (higiene, mudança de fralda e posicionamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Presença</li> </ul>
Puncionar acesso venoso periférico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> </ul>
Teste de Guthrie (Teste do pezinho)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sacarose;</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> </ul>

- **No Serviço de Urgência de Pediatria**

Procedimentos que provocam dor aguda/ stress na Urgência de Pediatria:	Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda aplicadas:
Algáliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distração;</li> <li>• Relaxamento;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tivessem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Aspiração de secreções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> </ul>
Avaliação de tensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Toque/ Conforto;</li> </ul>
Colheita de sangue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Informação preparatória;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Colocação de sonda naso-gástrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> </ul>
Esvaziamento vesical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> <li>• Distração;</li> <li>• Relaxamento;</li> <li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se</li> </ul>

	<p>tivessem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Reforço positivo;</li> </ul>
Puncionar acesso venoso periférico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> </ul>
Teste de pH e gases	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li><li>• Informação preparatória;</li><li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li><li>• Reforço positivo;</li></ul>
Zaragatoa para pesquisa rápida de Streptococcus A	<ul style="list-style-type: none"><li>• Concentrar manipulações;</li><li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li><li>• Sucção não nutritiva;</li><li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li><li>• Conforto;</li><li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li><li>• Distração;</li><li>• Relaxamento;</li><li>• Informação preparatória (a partir dos 6 anos de idade e se tivessem capacidades cognitivas de compreensão sobre o procedimento)</li><li>• Musicoterapia;</li><li>• Reforço positivo;</li></ul>

## **APÊNDICE IX**

**- Jornal de aprendizagem “A gestão da dor em crianças com  
atraso do desenvolvimento”**

## JORNAL DE APRENDIZAGEM

“A relação de ajuda que se realiza no acolhimento, deverá ser uma relação progressiva que se estabelece pela comunicação e pressupõe disponibilidade, escuta, aceitação, respeito, isto é, o desenvolver da empatia, confiança e segurança

(Jorge, A.M., 2004, p.88-89)

### Introdução

Este jornal de aprendizagem, tem como objetivo a descrição de um episódio ocorrido no decurso da prestação de cuidados no contexto de consulta externa de pediatria.

A pertinência deste Jornal de Aprendizagem no Relatório de Estágio encontra-se relacionada com dois dos objetivos específicos previamente definidos para este Estágio, que são, “Minimizar o impacto dos *stressores* relacionados com a experiência da hospitalização” e “Analisar práticas dos enfermeiros sobre a utilização das ENFAD aguda”.

### 1. Descrição da situação

A situação alvo de reflexão, encontra-se relacionada com os cuidados prestados a uma criança do sexo masculino, com 8 anos e que tinha um atraso do desenvolvimento psico-motor.

Decorrente da sua patologia e para controlo farmacológico, esta criança era submetida a frequentes colheitas de sangue. Nesse dia e uma vez mais a criança teve de ir fazer uma colheita, na companhia da mãe, à sala de colheitas das consultas externas.

Foi explicado à criança o que iríamos fazer. Apesar de ter um défice cognitivo, tentou-se usar um discurso simples e que fosse compreendido pelo mesmo. A criança pareceu ter compreendido, pelo que se tentou proceder à colheita ao colo da mãe, apesar de a criança ser grande e aparentemente um pouco obesa para a idade.

Nesse momento a criança começou a ficar agitada, impossibilitando-me a mim, a dois enfermeiros e a mais duas assistentes operacionais, de realizar a colheita. Considerámos que devido a essa agitação, era preferível proceder à colheita de sangue, deitando-o na maca, mas esta era pequena para ele.

Quando quisemos que ele se deitasse começou a ficar cada vez mais agitado, tendo sido necessário a contenção por parte de 4 profissionais e de mais um para realizar o procedimento.

Percebi o medo da criança e a ansiedade da mãe ao ver a situação, apesar de a mesma dizer que era o habitual.

No final do procedimento não se tentou dar uma compensação, porque a única coisa que a criança queria era sair da sala.

Pela parte dos profissionais que tinham estado presentes neste caso, percebi que logo a seguir ao momento da contenção mostravam alguma exaustão, seguido de alguma tristeza e frustração, verbalizando “O rapaz tinha uma força! Bem que tentámos de outra forma mas ele estava... Já fiz o meu treino desta semana!”. Pelo terminar da frase que era semelhante a todos os elementos profissionais envolvidos, percebi que tentaram usar o humor para diminuir o impacto da situação ocorrida e assim reorganizarem-se para voltarem ao trabalho.

## **2. Sentimentos e Avaliação**

No decorrer desta situação existem diversos aspetos que me aprazem à reflexão.

Um dos aspetos que saliento em primeiro lugar e que me causa dificuldade de compreensão, relacionou-se como o facto de nenhum dos elementos presentes ter conseguido encontrar uma maneira de comunicar de forma mais eficaz com aquela criança que tinha limitação no entendimento.

Por outro lado, tentei mais tarde exteriorizar-me à situação e considerei que toda aquela contenção poderia ser entendida como comportamento de agressividade para com a criança e a imagem da forma como estávamos a fazer a contenção poderia mesmo ser entendida como brutalidade.

No que se refere aos sentimentos vivenciados, estes foram diferentes entre si e oscilaram com o decorrer da situação.

Numa fase inicial da situação, houve apreensão sobre a forma como comunicar com esta criança. Posteriormente, fiquei contente quando conseguimos que a criança ficasse ao colo da mãe. Porém essa alegria foi rapidamente substituída por desilusão, quando não foi possível fazer o procedimento como imaginado. Exaustão esteve bem marcada por estarmos a conter a criança quando não era o que era desejado. Por fim, a tristeza e a desilusão ficaram presentes por observar a criança a ficar cada vez mais agressiva e pelo facto de a maneira encontrada para realizar o procedimento ser tão agressiva para a criança e que em nada contribuía para os cuidados não traumáticos.

A análise da informação preparatória é umas das ENFAD preconizadas pela OE (OE, 2013), devendo a mesma atender ao seu desenvolvimento físico e cognitivo. A transmissão de informação levada a cabo pela comunicação sobre influência tanto da linguagem verbal como da não-verbal, permite que a realidade seja entendida de forma particular, pois sofre ainda influência do meio onde a criança se insere (Martinez, Tocantins & Souza, 2013). Estes mesmos autores citando Silva (2007) referem que “(...) uma adequada comunicação é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detetados na interação com os pacientes” (Martinez, Tocantins & Souza, 2013, p. 38).

Desta forma, considera-se um dever da boa prática de enfermagem a informação preparatória às técnicas relacionadas com realização de



procedimentos de forma a minimizar a ansiedade e o impacto da dor (Batalha, 2010).

Esta informação preparatória deve ser dada com tempo de antecedência, a fim que a criança consiga encontrar as suas estratégias pessoais para lidar com a ansiedade e o medo. Porém, dado que a criança com idade inferior a 7 anos não consegue reter essa informação durante muito tempo, a informação preparatória deve ocorrer antes do procedimento doloroso (Carter, 1994; Batalha, 2010). A informação deverá ser assim compreensível mas não exaustiva (Carter, 1994).

Na situação escolhida para reflexão neste jornal de aprendizagem, poder-se-ia considerar que por ter 8 anos, a informação sobre a colheita de sangue deveria ter sido dada com maior tempo de antecedência, mas o facto de se tratar de uma criança com atraso do desenvolvimento psico-motor, faz com que esta situação não seja aplicável, pelo que se poderá entender que a informação ocorreu no momento certo, isto é, antes do procedimento.

Perante a dificuldade de fazer compreender o que vai ocorrer, o enfermeiro poderá usar diferentes modalidades de explicação do sucedido, tal como a brincadeira, os jogos, o imaginário, o conto ou a demonstração (Carter, 1994; Batalha, 2010).

Desta forma, e refletindo sobre a situação vivida, pode-se considerar que teria sido benéfico durante a explicação à criança, termo-nos recorrido de materiais que fossem auxiliares da informação que lhe estávamos a transmitir, o que poderia desde o início ter minimizado a ansiedade que a criança começou a sentir por estar perante diversas pessoas que não conhecia.

Cabe ao enfermeiro, que a informação preparatória através de diferentes métodos que não apenas a comunicação verbal simples, dê resposta sobre o procedimento que vai ser realizado, as sensações que vão ser vivenciadas e as

estratégias que podem ser encontradas pela criança para superar as sensações sentidas (Macintyre, Walker & Rowbotham, 2008).

Assim, teria sido útil para a criança mostrarmos os diferentes materiais que iam estar em contacto com ela, deixando-a tocar nos mesmos. Poderíamos usar uma frase simples, como “Vamos ver se a medicação tem estado a fazer-te sentir melhor. Vamos usar este elástico aqui no teu braço que é forte só para ajudar a perceber melhor. Podes sentir picar devagarinho mas passa logo de seguida. Se quiseres podes dar a mão à mãe.”

Para além disso, poderia ter tentado descentrar a criança da situação que estava a ocorrer e aproveitar para promover a interação entre a mãe e a criança, usando por exemplo um livro, o que não permitiria que a criança e mãe vissem o que estava a acontecer, ajudando-as a distraírem-se da situação que causava dor e ansiedade. No final, poderíamos ter oferecido à criança uma medalha, que esta colocaria quando e onde considerasse melhor, sabendo que era dela e que representava ter superado uma situação difícil.

Considera-se assim que a informação preparatória, deveria ter sido simplificada e ter sido complementada pela distração. A contenção deveria ter sido de todo evitada, elegendo o conforto materno como estratégia mais adequada.

No que concerne ao uso do humor, considero que este é muitas vezes usado pelos enfermeiros como estratégia de comunicação e de relação com o cliente. Porém através da análise a esta situação vivenciada, entende-se que o humor foi mobilizado como forma de diminuir o impacto do ocorrido e de forma a haver um restabelecimento que permitisse continuar a prestação de cuidados.

O humor apresenta-se como uma estratégia de grande importância e a sua correta mobilização beneficia a relação com o cliente. Esse humor é conseguido através do sorriso ao cliente, da relação empática que se estabelece, do discurso

que se inicia aquando da apresentação e pelo tempo que é dado ao outro para se exprimir (Tavares, 2011).

Considero que este humor saudável esteve precário na situação que foi descrita e que o mesmo teria sido uma mais-valia ao estabelecimento de uma relação segura com a criança.

O mesmo é corroborado por Jorge (2004), “Um acolhimento, humanamente correto, é uma ciência e uma arte que devem estar em constante busca de aperfeiçoamento no exercício” (Jorge, 2004, p. 73-74).

#### **4. Conclusão**

A situação vivenciada foi importante para a minha reflexão e autocrítica sobre as atitudes que muitas vezes se têm em ambiente hospitalar e que são considerados “habituais” mas que apenas servem para a não evolução dos bons cuidados de saúde.

A reação de agressividade e agitação da criança deveu-se à incompreensão do que ia acontecer e à falta de segurança que esta sentia naquele momento.

A perceção antecipada do que ia acontecer deveria ter feito parte do plano de cuidados à criança e à sua mãe.

A conjugação de diferentes ENFAD, potencia os efeitos positivos das mesmas e permite uma melhor adaptação ao cliente de cuidados, indo de encontro às suas características.

Enquanto futura EE cujo estudo tem tido foco no desenvolvimento da criança e na gestão da dor, torna-se importante pensar sobre o cliente de cuidados a quem presto cuidados, nas suas características, necessidades e experiências anteriores, recorrendo para tal à informação que possa ser dada pelos pais ou consultada em processo.

A situação de se ter um tempo reduzido para estar com cada cliente, não poderá ser desculpa numa prestação de cuidados mais holísticos.

Considero que o uso de diferentes ENFAD em conjunto permitirá não só prestar melhores cuidados, como também trazer uma satisfação pessoal maior aquando da prestação desses mesmos cuidados.

Olhar para a criança e jovem de forma holística é o lado prático do modelo de Neuman que permite ir de encontro às necessidades efetivas do nosso cliente. O EEESCJ deverá ter esse olhar desenvolvido, fazendo a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas mas também, providenciando cuidados à criança/jovem, promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (O.E., 2010). Tornar-se perito e ser modelo e referência para os pares deverá ser por fim o interesse do EE, pelo que esta reflexão é espelho do que deverá ser a prática contínua do meu quotidiano.

## Referências Bibliográficas

- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel
- Carter, B. (1994). *Child and Infant Pain – Principles of nursing care and management*. Manchester: Springer-Science + Business Media, BV
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança – (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência
- Macintyre, P. E.; Walker, S. M.; Rowbotham, D. J. (2008). *Clinical Pain Management – Acute Pain*. 2<sup>nd</sup> ed. USA: Taylor & Francis Group
- Martinez, E. A.; Tocantins, F. R.; & Souza, S. R. (2013) As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaúcha Enferm*.

34(1), 37-44. Acedido a 20.10.2015. Disponível

em: file:///F:/AS%20ESPECIFICIDADES%20DA%20COMUNICAÇÃO.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. S.I.: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 19-02-2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.

Tavares (2011). *Acolher brincando – A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

## **APÊNDICE X**

- Estudo de caso “A influência da culturalidade no processo de gestão de dor”**

## ESTUDO DE CASO

### 1. Apresentação da criança e jovem

Cliente de 9 anos de idade, sexo feminino, natural de São Tomé e Príncipe. Veio transferida do hospital de onde é oriunda para um hospital português, onde deu entrada no dia 25/10/2015 por complicação de queimadura corporal.

Trata-se de uma criança que no dia 05/02/2015 sofreu queimadura de Grau II, com 60% da superfície corporal queimada, ao nível da face posterior do tórax, abdómen, membro superior esquerdo, 1/3 superior dos membros inferiores e região nadegueira. Este acidente derivou de um candeeiro a petróleo que se partiu.

Consequentemente a esta queimadura que necessitou de internamento hospitalar, a criança teve ainda uma sépsis, uma gastrite, uma hemorragia digestiva baixa e uma anemia. Foi intervencionada no hospital local, com recuperação parcial das patologias secundárias.

Quando deu entrada no hospital português, ao abrigo de um acordo estabelecido com o Hospital de São Tomé e Príncipe e o hospital recetor, vinha acompanhada pela tia paterna, consciente, com discurso impercetível, maioritariamente gritado, com aparente dor intensa generalizada, com anorexia e anquilosada ao nível dos membros inferiores. Apresentava-se receosa à aproximação dos profissionais e a relação com a tia ocorria apenas ocasionalmente.

Foram realizados exames complementares de diagnóstico, tendo sido isolado na hemocultura a bactéria *Proteus* secundária à queimadura.

### 2. Observação do cliente

As informações recolhidas foram feitas através da consulta do processo clínica, do diálogo com a tia e através da observação da criança e interações estabelecidas durante o seu período de internamento.

- **Observação comportamental**

Desta forma fui informada que a criança tinha vivenciado dor intensa durante o período de internamento no hospital de origem, apresentando grande ansiedade quando confrontada com a possibilidade de realização de procedimentos técnicos, apenas aceitando a aproximação dos enfermeiros e restante equipa se não tocássemos quer na cama, quer nela. Apresentava ainda aparente isolamento social e um aparente atraso do desenvolvimento, observado pelo facto de se encontrar a brincar com brinquedos para faixas etárias inferiores, tal como uma roca. Mais tarde e com o apoio da educadora de infância e psicóloga clínica, conseguiu-se introduzir o desenho como prática habitual, dado que estava condicionada a ficar no quarto.

- **Observação da comunicação**

A forma de comunicação quando chegou ao serviço era através de longos silêncios, períodos de discurso gritado pouco perceptível, ou através de movimentos da cabeça para referir sim ou não. Quando raramente comunicava apresentava um dialeto de acordo com o país de onde tinha vindo evacuada.

No primeiro dia foi-lhe dito “está aqui o pequeno-almoço”, apresentando-lhe um pão e leite. Ela não comeu, até que por conversa com a tia percebemos que tínhamos que dizer, em vez de pequeno-almoço, “mata-bicho”. Quando questionada sobre o que era o seu “mata-bicho”, percebemos que era habitualmente fruta e pão e que os produtos lácteos não faziam parte do seu quotidiano. A partir desse momento passou a haver um cuidado coletivo por parte de enfermeiros e assistentes operacionais no sentido de usarem a palavra que era conhecida pela criança e de os alimentos irem de acordo com os seus gostos pessoais, conseguindo-se assim que ela comesse a alimentar-se.

- **Observação das relações familiares**

Após o acidente, a família da criança considerou que esta poderia não sobreviver. Apesar das visitas constantes da mãe durante o período de



internamento no hospital de origem, esta não acreditava que a filha pudesse sobreviver (informação oferecida pela tia). Desta forma, a mãe da criança acabou por engravidar, tendo o bebé nascido dias antes da transferência para Portugal. Por esse motivo, a criança veio acompanhada para Portugal pela tia paterna, dado ser a única que tinha filhos adolescentes e por conseguinte ter disponibilidade para efetuar este acompanhamento. Durante o período de internamento no hospital português, não se verificou qualquer telefone por parte dos pais desta criança.

Devido à bactéria que tinha sido isolada na hemocultura foi necessário que a criança ficasse num quarto com isolamento e que os profissionais que dela cuidavam, usassem medidas de proteção individuais. A tia, quando confrontada com essa situação, considerou que estaria sobre risco, pelo que nas duas semanas seguintes adotou a postura de não falar e de não tocar na sobrinha. A maior parte do tempo estava sentada, afastada da cama, de costas para a sobrinha, pois considerava-a um risco para a sua própria saúde, ou então ficava de pé à porta do quarto, mas sem falar com a criança.

Foi necessário intervir de forma multidisciplinar com a criança e com a tia, de forma a desmistificar medos e anseios. Gradualmente e sempre acompanhada a tia foi-se tornando participativa dos cuidados prestados à sobrinha.

Ao fim de 5 semanas de internamento, a tia apresentava-se como um elo de ligação entre a criança e a equipa.

### **3. Revisão de literatura**

A cultura apresenta uma grande influência nos cuidados de enfermagem, pois é componente indissociável do ser humano (Vala *et al*, 2014). A cultura é elemento formador e define a forma como se perspetiva a saúde e doença.

A mesma experiência de saúde ou doença é vivenciada de forma diferente de acordo com o contexto cultural em que o ser humano se insere. Porém,

independentemente do contexto em que o ser humano é culturalmente desenvolvido, a família é um elemento que está sempre presente (Söderbäck, 2013), pois serve de apoio ao cliente no processo de saúde e doença, bem como atua como intermediário nos cuidados que são prestados.

A família é deste modo parceira dos cuidados de enfermagem e facilitadora do processo de recuperação (Söderbäck, 2013). Compreender a família é compreender a cultura associada ao nosso cliente, o meio em que este foi criado e as experiências que foi vivenciando (Vala *et al*, 2014).

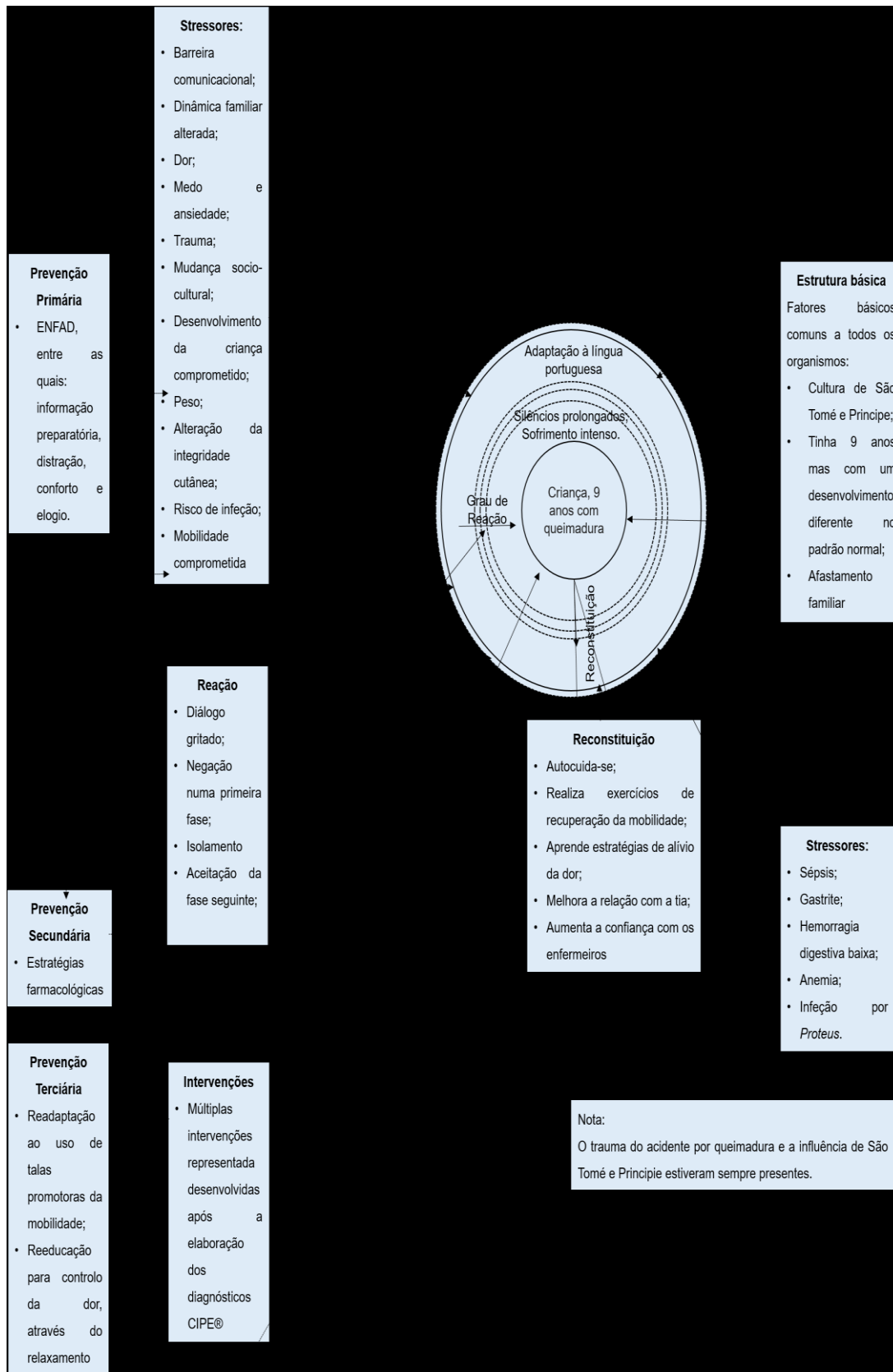
Vala *et al* (2014) citando WHO (2011) “(...) aponta como elemento facilitador da congruência nos cuidados, a prestação de cuidados por um profissional da mesma origem cultural (...)”.

A cultura é composta por valores, crenças, normas e práticas que vão sendo ao longo dos anos transmitidos, tendo a família grande influência nessa transmissão (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014).

Também na gestão de dor, a cultura apresenta influência, pois esta modela a forma de vivenciar as novas experiências de dor e influência na avaliação e tratamento da mesma (Batalha, 2010). Remetendo para este estudo de caso, compreende-se que a doença é entendida como sinal de infortúnio, com risco de perda da “riqueza familiar”, do possível sustento da família, sendo vivida com algum isolamento. Os cuidados prestados no hospital de origem levaram à experiência traumática por parte da criança e à ansiedade por parte da mesma a novos cuidados. Competiu-me mostrar uma nova perspetiva dos cuidados de enfermagem à criança e a possibilidade da integração da mesma no seio familiar.

Em suma, esta revisão demonstra a influência da cultura nos cuidados de enfermagem ao cliente e que a melhor forma de ir de encontro a essa cultura é através da parceria de cuidados e do conhecimento sobre a história do cliente, em particular, sobre as experiências anteriores de saúde e doença do mesmo.

#### 4. Análise dos dados de acordo com o Modelo de Betty Neuman



## 5. Plano de Cuidados

Foco	Diagnósticos de enfermagem segundo CIPE®	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem segundo CIPE®	Individualização das intervenções	Evolução/Avaliação
Comunicação	(10022332) – Barreira à comunicação.	Que a criança apresente uma comunicação adequada à idade com as pessoas com quem interage no final do seu internamento;	(10009683) – Identificar obstáculos à comunicação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedir apoio à tia para auxiliar na compreensão do discurso entre o enfermeiro e a criança;</li> <li>Promover a comunicação com outras crianças, após ter deixado o isolamento;</li> <li>Promover atividades de leitura ou de visualização de desenhos animados portugueses;</li> </ul>	Ao fim de 5 semanas a criança verbalizava os seus gostos e compreendia o que lhe dizia. Apresentava um discurso mais complexo, não recorrendo apenas a frases simples.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover o contacto da tia com pessoas do seu país (como por exemplo, a senhora da limpeza ou a mãe de outra criança internada).</li> </ul>	
Família	<p>(10000892) – Capacidade da família para gerir o regime terapêutico comprometido;</p> <p>(1001154) – <i>Coping</i> familiar comprometido;</p> <p>(10022473) – Falta de apoio da família;</p>	Que a família seja elemento de suporte à criança no final de 2 semanas de internamento;	<p>(10021719) – Ensinar a família sobre a doença;</p> <p>(10026462) – Apoiar o processo de tomada de decisão familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explicar à tia o motivo de a criança precisar de um quarto de isolamento;</li> <li>Explicar à tia que poderia contactar com a criança;</li> <li>Demonstrar à tia como poderia contactar com a criança (nos cuidados de higiene, alimentação e recreação);</li> </ul>	Verificou-se que a criança começou a ser cuidada pela tia ao fim de 2 semanas de internamento, sendo esses cuidados mínimos. Apesar das medidas de proteção individual, mostrei à tia que podia tocar na criança, pegar-lhe ao colo se fosse

	(10027219) – Ligação prestador de cuidados – criança comprometida.			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falar com a tia sobre o seu quotidiano em São Tomé e Príncipe;</li> <li>• Relembrar à tia o seu núcleo familiar;</li> <li>• Incentivar que a tia contactasse a família no país de origem</li> </ul>	<p>confortável para a mesma, prestar os cuidados de higiene. Durante o turno ficava no quarto da criança a conversar. Verifiquei que no final a tia apresentava cuidados á sobrinha autónomos e já tinha vontade em cuidar da mesma. Consegui ainda que a tia ligasse para o país de origem, falando com familiares seus.</p> <p>Em relação à criança, esta verbalizava que sentia saudades da família, em especial</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>da mãe. Porém, referia ainda que gostava muito de nós, mostrando-se afetuosa.</p> <p>(10028658) - Ligação prestador de cuidados – criança efetivo (CIPE®)</p>
Dor	<p>(10023130) – Dor;</p> <p>(10000454) – Dor aguda;</p> <p>(10000546) – Dor crónica;</p> <p>(1001120) – <i>Coping</i> comprometido.</p>	<p>Que a criança apresente alívio da dor aguda ao longo do seu internamento;</p>	<p>(10011660) – Gerir a dor;</p> <p>(10026119) – Avaliar a dor;</p> <p>(1007148) – Avaliar a resposta psicossocial à dor;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar a escala de FLACC para a compreensão da dor na criança;</li> <li>• Compreender que o discurso gritado é uma forma de expressão da dor sentida;</li> <li>• Compreender que a criança apresenta a</li> </ul>	<p>Verificou-se que a dor na criança à chegada ao internamento era intensa. A perfusão de Morfina veio a revelar-se eficaz para o controlo da dor. Ao fim das 5 semanas a criança apenas necessitava de</p>

			<p>(1009654) – Identificar atitude face à dor</p> <p>(10023084) – Administrar medicação para a dor;</p> <p>(10019489) – Ensinar sobre gestão da dor;</p> <p>(10002710) – Avaliar o controlo de dor;</p> <p>(1004557) – Colaborar com o médico.</p>	<p>mais de 6 meses dor moderada a intensa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender que a criança sente dor intensa à mobilização atual;</li> <li>• Administrar perfusão de Morfina;</li> <li>• Mobilizar ENFAD;</li> <li>• Explicar previamente os cuidados prestados;</li> <li>• Combinar com a criança formas de expressão para suspender os cuidados, sem necessitar de gritar.</li> <li>• Ensinar estratégias de relaxamento, a fim de aliviar a dor sentida</li> </ul>	<p>terapêutica analgésica de grau 1. As ENFAD mais eficazes para esta criança eram, o conforto, a distração e o reforço positivo obtido através da oferta de brinquedos e peças de roupa. Quando era preciso parar, bastava tocar-me no braço, que eu suspendia temporariamente os cuidados. A partir da 3<sup>a</sup> semana de internamento a criança fazia autonomamente os</p>
--	--	--	--	--	--



					<p>exercícios que permitiam o relaxamento muscular. Verificou-se uma grande adesão ao uso das bolas de sabão para distração e relaxamento.</p> <p>(10027917) – Dor melhorada (CIPE®);</p> <p>(10025831) – Controlo de dor efetivo (CIPE®).</p>
Medo e Ansiedade	<p>(10000477) – Ansiedade;</p> <p>(10000703) – Medo.</p>	Que a criança compreenda os	(1002467) – Avaliar o medo;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar quem é que cuida da criança;</li> <li>• Apresentar a diferença de cuidados entre o</li> </ul>	<p>Ao fim das 5 semanas, a criança compreendia todos os procedimentos e</p>

		procedimentos realizados;	<p>(10026208) – Aconselhar sobre o medo;</p> <p>(10024396) – Estabelecer confiança;</p> <p>(10027051) – Providenciar apoio emocional.</p>	<p>hospital de origem e o hospital atual;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a ideia de que estou ali para a ajudar;</li> <li>• Incentivar a não ter medo;</li> <li>• Falar de modo tranquilo e decidido;</li> <li>• Incentivar a criança à participação nos seus cuidados para aumentar a sensação de controlo;</li> <li>• Participar nas reuniões com a psicóloga.</li> </ul>	<p>cuidados efetuados, consentindo nos mesmos. Por ter observado melhorias do seu estado de saúde, encontrava-se incentivada à continuação dos cuidados.</p> <p>Compreendeu-se que o uso do desenho ou de jogos tipo puzzles eram benéficos na criação de relação com a criança.</p>
Trauma	(10001219) – Resposta pós traumática	Que a criança apresenta o menor impacto da	...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar as manifestações físicas e fisiológicas associadas ao trauma;</li> </ul>	<p>A criança evitava falar sobre o acidente, bem como, sobre o nascimento da irmã. Verifiquei que foi</p>

		hospitalizaçã o;		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender as causas do trauma;</li> <li>• Participar nas reuniões com a psicóloga.</li> </ul>	apresentando-se ao longo do tempo hemodinamicamente mais estável e com maior vontade em desenvolver atividades, evitando o isolamento. (10027760) – Resposta pós traumática melhorada (CIPE®).
Socio-cultural	(10025999) – Bem-estar social comprometido;  (10022397) – Crenças culturais dificultadas;	Que a criança socialize com outras crianças com idade e motivo de internamento semelhante;	(10024233) – Avaliar as crenças culturais;  (10026368) – Proteger as crenças culturais;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o contacto com pessoas com a mesma origem e com situação semelhante;</li> <li>• Indicar a embaixada de São Tomé e Príncipe;</li> <li>• Conhecer mais sobre a influência da cultura de</li> </ul>	No final das 5 semanas a tia da criança tinha encontrado no hospital um pequeno núcleo de pessoas com quem falava e partilhava

	(10022753) – Falta de apoio social.		<p>(10027046) – Providenciar apoio social;</p> <p>(10026352) – Promover o bem-estar social;</p> <p>(10024298) – Avaliar o apoio social;</p> <p>(10023577) – Colaborar com o assistente social.</p>	<p>São Tomé e Príncipe na vivência da saúde e doença.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar nas reuniões com a assistente social;</li> <li>• Incentivar a tia a procurar o seu irmão que residia na área do hospital;</li> <li>• Avaliar a adaptação da tia ao país recetor.</li> </ul>	<p>experiências do país de origem. A ida à embaixada passou a ser uma situação frequente, pois não só permitia o encontro com pessoas do mesmo país, como também lhe permitia sair do hospital e aproveitar para diminuir a ansiedade em relação à situação vivenciada. Quando chegava destas visitas, apresentava-se menos ansiosa e mais participativa nos cuidados à sobrinha. A permanência em</p>
--	-------------------------------------	--	--	---	--

					<p>casa do irmão foi sempre uma situação de grande ansiedade, indo a casa deste muito ocasionalmente, optando por ficar no hospital.</p>
Desenvolvimento da criança	(10023294) – Desenvolvimento da criança comprometido	Que a criança apresente um desenvolvimento adequado ao seu grupo etário;	...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar os comportamentos habituais da criança;</li> <li>• Observar a forma de interação da criança com os brinquedos;</li> <li>• Incentivar ao uso de materiais didático para a promoção do desenvolvimento;</li> <li>• Colaborar com a educadora de infância.</li> </ul>	<p>Esta criança apresentava um desenvolvimento diferente do esperado para a idade, encontrando-se num estadio dos 4 aos 5 anos, quando apresentava biologicamente 9 anos. Compreendeu-se que esse facto se</p>

					<p>devia à falta de interatividade com a criança, bem como à influência do meio onde ela tenha vindo a crescer (país, família de poucos recursos e internamento prolongado). Passei a incentivar o desenho em detrimento do brincar com a roca, bem como incentivei à leitura e visualização de desenhos animados. Houve cumprimento dos trabalhos propostos pela</p>
--	--	--	--	--	---

					educadora e por conseguinte uma evolução no desenvolvimento.
Peso	(10027316) – Baixo peso;  (10025561) – Risco de baixa ingestão nutricional;	Que a criança apresente aumento do peso durante o internamento;	(10002694) – Avaliar a atitude face ao status nutricional;  (10002747) – Avaliar o comportamento de comer e beber.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender os hábitos alimentares da criança;</li> <li>• Conhecer as designações mais comuns para os alimentos, segundo a criança.</li> <li>• Colaborar no plano nutricional;</li> <li>• Colaborar nas reuniões com a dietista;</li> <li>• Pesar a criança com regularidade.</li> </ul>	O peso inicial da criança era de 19.500 Kg e no final das 5 semanas apresentava um peso de 20.800 Kg. Para além de ter conhecido, adaptei a alimentação aos gostos e necessidades da criança com maior adesão por parte desta. No final a criança alimentava-se

					autonomamente e com apetite.
Pele	(10001290) – Integridade da pele comprometida.	Que a criança apresente melhoria da integridade cutânea;	(10007202) – Avaliar a perfusão dos tecidos após a cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a integridade cutânea;</li> <li>• Avaliar a integridade cutânea;</li> <li>• Registrar as características das lesões da queimadura;</li> <li>• Registrar a reação do organismo aos cuidados prestados, tanto cirúrgicos, como farmacológicos (pela realização de pensos com Mepitelex®).</li> </ul>	<p>A criança teve inúmeras intervenções cirúrgicas para realização dos pensos e colocação de talas. Apresentou uma boa resposta aos tratamentos mas ao fim de 5 semanas ainda necessitava de mais cuidados nesta área.</p> <p>(10028517) – Integridade da pele melhorada (CIPE®)</p>



Infeção	(10015133) – Risco de Infeção.	Que a criança apresente diminuição dos parâmetros de infeção;	(10025444) – Administrar medicamentos;  (10002472) – Aplicar dispositivo de segurança;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar medicação (antibióticos);</li> <li>• Avaliar o efeito da medicação;</li> <li>• Registrar os cuidados prestados e os seus efeitos;</li> <li>• Prestar cuidados ao cateter venoso central;</li> <li>• Prestar cuidados à sonda vesical.</li> </ul>	Ao fim de duas semanas a cumprir antibioterapia verificou-se a que já não se encontrava presente a bactéria isolada anteriormente.
Mobilidade	(10001219) – Mobilidade comprometida;  (10000956) – Capacidade para tomar banho comprometida.	Que a criança consiga apresentar melhoria da sua mobilidade ao longo do internamento;	(10014761) – Posicionar o doente;  (10023531) – Assistir a cuidar da higiene.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar à realização de exercícios promotores da mobilidade;</li> <li>• Promover o autocuidado;</li> <li>• Valorizar todos os momentos de</li> </ul>	No final das 5 semanas a criança conseguia ficar sentada na cadeira, mobilizar-se mais autonomamente na cama e autocuidar-se parcialmente.

				autocuidado elogio.	pelo	
--	--	--	--	------------------------	------	--

## 6. Referências Bibliográficas

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel

International Council of Nurses (2011). Cipe® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (Tradução do original inglês, ICNP® - International Classification for Nursing Practice, 2010, Genebra: International Council of Nurses)

Söderbäck, M. (2013). A comparative study of actions and beliefs involving family caregivers of hospitalized children among nurses in Sweden and Mozambique. *Journal of Cultural Diversity*. 20 (2), 66-74. Acedido a: 01.03.2016. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=12744d7f-e1f7-4b0f-a8c8-63858fa8b1a3%40sessionmgr4010&vid=2&hid=4109>

Thibodeaux, A. G.; & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências sociais, culturais e religiosas na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry; & D. Wilson (2014) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição), 21-48. Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)

Vala, M.; Neto P.; Silvério, L.; Reis, A., & Amendoeira, J. (2014). Cuidar de crianças hospitalizadas culturalmente diversas. *Revista da UIIPS*, 5(2), 103-111. Acedido a 01.03.2016. Disponível em: [http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS\\_N5\\_Vol2\\_ESSS\\_2014.pdf#page=103](http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2014/03/Revista-da-UIIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf#page=103)

## **APÊNDICE XI**

**- Síntese reflexiva – Contexto de Cuidados Intensivos Neonatais-**

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA NEONATOLOGIA NO MUNDO**

Os cuidados neonatais, à semelhança dos cuidados em pediatria, começaram a destacar-se a partir do séc. XIX, altura em que a reanimação neonatal assume um papel primordial, atuando-se de uma forma não só preventiva, através da melhoria de cuidados de higiene no ambiente em que o recém-nascido é inserido, mas também, melhoria dos conhecimentos de anatomia do recém-nascido, suas principais patologias e medidas de atuação em situação de doença aguda, com destaque para os cuidados em situação de reanimação (Ferraz & Guimarães, s.d.).

Em paralelo à melhoria de cuidados, desde 1331 que se iniciou a abertura de instituições, as primeiras de origem católica, de apoio à maternidade, parto e primeiros cuidados ao recém-nascido (Ferraz & Guimarães, s.d.).

Na segunda metade do séc. XX a neonatologia apresenta o seu grande desenvolvimento, através do aprofundamento da patologia neonatal e principais mecanismos de suporte ventilatório, ocorrendo um crescimento exponencial técnico-científico (Ferraz & Guimarães, s.d.).

Apesar deste avanço, verifica-se que,

Hoje existe uma clara consciencialização da necessidade de se proceder a mudanças estruturais em termos políticos, económicos e culturais no sentido de uma crescente valorização e acessibilidade à assistência pré-natal e à identificação de factores de risco de forma a disponibilizar os recursos humanos e materiais necessários sem descuidar a constante valorização da efectividade no desenvolvimento de cada criança (Ferraz & Guimarães, s.d.).

## **2. O SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**

O terceiro estágio decorreu num serviço de Neonatologia de um Hospital Distrital, que presta um apoio perinatal diferenciado a recém-nascidos (0-28 dias) com necessidades de cuidados intensivos e intermédios a neonatos que nasçam nesse hospital ou que tenham necessidade de receber os cuidados especializados, anteriormente referidos. Para além destas características, a Unidade de Neonatologia referida apresenta ainda um cuidado diferenciado nos cuidados paliativos neonatais e são uma referência nesta mesma área.

Na unidade são destacados valores como, humanização, aceitação, dignidade, parceria de cuidados e respeito pelo ambiente, tendo por objetivo a minimização do impacto da hospitalização. O serviço em que realizei estágio tem evoluído nos sentido da humanização do ambiente hospitalar que permitiu a melhoria do

“(…)aspecto estético, (…) também um efeito terapêutico. As famílias das crianças internadas passam momentos angustiantes, onde imperam os sentimentos de culpa, medo, perda e luto. É pois primordial, tudo o que se possa fazer para minimizar estes sentimentos. As crianças quando nascem, têm na sua maioria uma família e um quarto, que está preparado e decorado para o receber. Em contraste, o que existe nestas Unidades de Cuidados Intensivos é um ambiente altamente tecnológico e agressivo (...) o meio altamente tecnológico das unidades neonatais não é adequado para um sistema imaturo em desenvolvimento. Com as pinturas, conseguimos minorar estes aspectos e dar mais calor ao Serviço de Neonatologia(…)” (Vasconcellos, 2007, p.12).

Desta forma, o serviço apresenta-se como um espaço muito amplo, constituído pelos principais espaços seguintes: uma sala de descanso para os pais e família, onde se podem ler relatos de outros pais que passaram por situações semelhantes; uma antecâmara de higienização das mãos e de preparação; uma sala de amamentação de forma a promover o aleitamento materno e onde as mães podem fazer a extração de leite, benéfico não só para o lactente mas também capacitante para a conquista de competências maternas; uma sala de formação, onde são realizados diversos *workshops* aos pais das crianças internadas, tal como o do aleitamento materno que tive oportunidade de assistir, e que permitem o esclarecimento de dúvidas e a partilha de experiência em grupo; uma sala de cuidados intensivos com 5 berços; uma sala de cuidados intermédios com 8 berços; um quarto de isolamento que apresenta a característica de estar todo decorado como se um quarto infantil de casa se tratasse, usado para situações de cuidados paliativos; uma sala de pausa, onde todos os profissionais de saúde podem estar e é usado para refeições, consulta de documentos informativos, como protocolos e manuais e para quebra da rotina de trabalho.

Este serviço demonstra a importância do ambiente e da distração na promoção do melhor desenvolvimento do recém-nascido e da menorização do impacto da hospitalização no mesmo e na sua família. Desta forma, apresenta-se como um contexto ideal para a aquisição e crescimento de competências ao nível de EEESCJ, dando resposta aos objetivos gerais do projeto assentes na satisfação da criança e no alívio da dor aguda.

Como o projeto de destaque da unidade encontra-se relacionado com os cuidados paliativos neonatais, o controlo da sintomatologia aguda em final de vida no neonato assume uma preocupação que é transversal a todos os profissionais que aí prestam cuidados, indo desta forma de encontro à minimização da sensação de dor aquando dos procedimentos invasivos a que são sujeitos.

Ambos estes projetos estão de acordo com estudos recentes que referem que nas unidades de cuidados intensivos neonatais existe “(...)proteção ao organismo vulnerável do recém-nascido para assegurar a sua sobrevivência, ao mesmo tempo em que as intervenções médicas da rotina hospitalar envolvem uma multiplicidade de estímulos que causam dor, estresse e desconforto” (Gaspardo *et al*, 2010, p.78). Verifica-se que a equipa prima por prestar os melhores cuidados de acordo com aquilo que é a melhor evidência científica para o momento. Para dar resposta a esse objetivo geral de equipa, a equipa de enfermagem encontra-se organizada em grupos de trabalho que pretendem aprofundar temáticas que dêem resposta as principais necessidade do prematuro e das suas famílias.

Os grupos de trabalho na unidade são, a dor, os posicionamentos, o aleitamento, os cuidados paliativos, a infeção, a ventilação. No que se refere aos três primeiros temas que são trabalhados pela equipa, estes tentam dar resposta à gestão da dor no prematuro, com implementação de escalas válidas e as respostas farmacológicas e não farmacológicas que daí possam surgir, o envolvimento parental nos cuidados prestados, as vantagens do correto posicionamento do bebé de acordo com a sua patologia e desenvolvimento e a importância do aleitamento materno, as suas diversas técnicas e principais patologias que podem interferir no aleitamento e formas de as contornar.

### **3. OS CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA EM NEONATOLOGIA**

Ser mãe de um bebé prematuro provoca o sentimento entre estar grávida e ser mãe (McGrath, 2014), provocando ambiguidade de sentimentos e a modificação rápida para uma nova realidade não expectável, alterando a ideia do seu bebé idealizado para um outro bebé que a realidade apresenta, alterando as expectativas, receios e aprendizagens (McGrath, 2014). Torna-se essência dos cuidados de

enfermagem a atenção aos “por-menores” e ao desenvolvimento de cuidados que sejam centrados na família e nas necessidades do bebé.

É necessário assim, que ocorra uma parceria entre os enfermeiros e os cuidadores de forma a ultrapassar mais facilmente as dificuldades e deste modo proporcionar melhores cuidados às crianças, sendo que se considera parceria quando existe uma relação entre duas ou mais partes e que partilham um objetivo. Caracteriza-se pela presença mútua de respeito, valorização da perícia familiar, da partilha de toda a informação e da articulação no momento da tomada de decisão (McGrath, 2014).

Os pais não são meros expectadores da situação clínica dos seus filhos. São parte ativa, participante e decisiva nos cuidados aos mesmos.

A parceria de cuidados resulta numa diminuição de eventuais problemas éticos que possam surgir e na melhor tomada de decisão nos cuidados à criança, tomando sempre em consideração as suas necessidades (McGrath, 2014).

Os cuidados centrados na família apresentam os seguintes elementos-chave:

14. Compreender a família como uma constante na vida da criança;
15. Facilitar a parceria é primordial;
16. Individualizar os cuidados de saúde porque a criança/ jovem e sua família também são únicas;
17. Fazer as famílias parceiras e participantes no programa de desenvolvimento, implementação e avaliação;
18. Permitir a formação política;
19. Honram a diferenciação familiar;
20. Reconhecer a força familiar e a sua individualidade, celebrando todas as diferenças como validas;
21. Respeitar e suportar diferentes métodos de *coping* familiar;
22. Partilhar com a família as informações;
23. Encorajar e facilitar o suporte em grupos de família;
24. Compreender e incorporar as necessidades de desenvolvimento da criança/jovem e família;



25. Implementar programas e políticas compreensivas que dão suporte às necessidades da família;
26. Definir sistemas de cuidados de saúde acessíveis, que sejam flexíveis, culturalmente competentes e que respondam às necessidades identificadas pela família (McGrath, 2014).

Os cuidados centrados na família assentam desta forma nos princípios da possibilitação e *empowering* (McGrath, 2014). Possibilitação quando se dá a oportunidade às famílias de desenvolverem ações e *empowering* quando se oferece à família as ferramentas necessárias para mobilizarem mais tarde. Estes princípios são pilares integrantes e fundamentais dos cuidados de enfermagem em pediatria e não podem ser dispensados na abordagem à dor aguda em pediatria.

Sabendo que a dor e *stress* são provocados antes, durante e depois de todos os procedimentos, para que o prematuro possa retornar ao seu estado basal é necessário mobilizar estratégias não farmacológicas e manter os membros da família informados e participantes no planeamento de cuidados à dor e *stress* do seu bebé (National Association of Neonatal Nurses, 2011).

#### **4. A DOR NUM SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS**

A dor em neonatologia é um tema recente e o seu investimento científico nesta área apenas se deu por volta dos anos 80. Até lá considerava-se que a criança - o neonato - não tinha a mesma sensibilidade à dor, sendo menor comparativamente com o adulto. Mais tarde compreendeu-se que essa sensibilidade existia, era até maior do que nos adultos e as consequências da exposição continuada à dor levava a alterações futuras no desenvolvimento neurobiológico da criança (Altimier & Phillips, 2013).

Atualmente ainda ocorrem medos e mitos relativamente à forma de gerir a dor no neonato, contudo o conhecimento nesta área é cada vez mais avançado e os conhecimentos sobre o impacto negativo da dor no futuro da criança também.

O ambiente envolvente apresenta grande importância no desenvolvimento da criança e a prematuridade do recém-nascido implica um cuidado atento por parte do enfermeiro no impacto que o ambiente terá na criança. Sabe-se que o recém-nascido

de termo apresenta capacidades de reagir a determinados estímulos que o meio ambiente proporciona. Contudo, um recém-nascido prematuro, apresenta uma imaturidade inerente, o que leva a que não saiba reagir a estes estímulos, podendo os mesmos atuar como *stressores*, levando a consequências negativas a curto ou longo prazo na reorganização do cérebro, pois ocorre durante os períodos de desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013; AAP, 2006).

Durante o período de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o bebé é sujeito a inúmeros procedimentos dolorosos, afetando o desenvolvimento do cérebro e por conseguinte, o neurodesenvolvimento e as respostas comportamentais perante o *stress*, situação que é mais presente nos recém-nascidos mais imaturos. A necessidade emergente da adequada gestão da dor nos recém-nascidos prematuros trata-se de uma questão de humanização, pelo que é dever do enfermeiro e restantes profissionais de saúde minimizar o impacto do *stress* e dor, bem como, educar sobre as estratégias não farmacológicas necessárias aos pais destes bebés (Grunau, 2013).

O recém-nascido prematuro apresenta uma hipersensibilidade ao toque maior do que o de termo, levando a que cada procedimento doloroso seja sentido com maior intensidade.

A exposição repetida à dor e ao *stress* em lactentes muito prematuros ocorre numa altura em que as conexões sinápticas estão a ser desenvolvidas e que permitem a moldagem do cérebro em desenvolvimento. Além disso, a evidência sugere que a dor aguda induz uma ativação cerebral que leva a uma maior suscetibilidade de apresentar efeitos a longo prazo da dor (Grunau, 2013; National Association of Neonatal Nurses, 2011), apresentando diversas consequências como: aumentar o dispêndio energia; diminuir a capacidade de melhorar do seu estado de doença e de se desenvolver; debilitar a estabilidade fisiológica; alterar o desenvolvimento do cérebro. O *stress* e os procedimentos dolorosos levam ainda à elevação dos níveis de cortisol, à limitação da reorganização neuroplástica, e à limitação da aprendizagem e memória das habilidades motoras (Altimier & Phillips, 2013).

Alguns desses problemas a longo prazo são os défices de atenção, as dificuldades de aprendizagem, os problemas de linguagem e problemas comportamentais que podem afetar a criança até à sua vida adulta (Altimier & Phillips, 2013; Grunau, 2013).

Os benefícios de minimizar o *stress* no pré-termo encontra-se relacionado com a redução da probabilidade de programação das respostas a um stress anormal, que ajudará a preservar a existência de capacidade neuroplástica. (Altimier & Phillips, 2013).

O enfermeiro atua ainda ao nível da promoção da neuroplasticidade, que se apresenta como, a capacidade de as células neuronais se adaptarem num curto ou longo espaço de tempo aos diferentes estímulos associados à atividade ou experiências (Altimier & Phillips, 2013).

O enfermeiro deverá desenvolver intervenções neuroprotectoras e que sejam minimizadoras do *stress* e dor. Essa neuroprotecção é conseguida pela: promoção de cuidados individualizados de maneira a antecipar; priorizar e suportar as necessidades do recém-nascido; pelo uso de uma escala válida e fiável de avaliação da dor, de forma rotineira e de acordo com o protocolo do hospital; através da providência de estratégias não farmacológicas de suporte (posicionamento, contenção, uso de panos de contenção, sucção não nutritiva e sacarose) em todas as intervenções, mesmo naquelas que pareçam menos invasivas; pelo uso da escala de avaliação da dor; pelo envolvimento parental no suporte aos seus recém-nascidos durante os procedimentos dolorosos, se for esse o desejo parental, proporcionando assistência através do conforto ou providenciando o contacto pele com pele; e finalmente pela educação dos pais sobre o comportamento do seu filho perante a dor, de forma a adotarem intervenções de conforto (Altimier & Phillips, 2013).

No que concerne à gestão de dor e *stress*, Vasconcellos (2012) citando Anand & Hall (2006) e Stevens & Gibbins (2002), refere que a dor e stress devem ser avaliados de 4/4h ou durante cada intervenção, adequar as escalas de avaliação de dor às características pessoais da criança e à sua situação clínica. No momento após

a realização de procedimentos dolorosos, é essencial conjugar estratégias não farmacológicas com outras farmacológicas, estando atento aos sinais de dor e *stress* e registando as intervenções e suas alterações. Por fim, a autora cita ainda Franck (2001), Franck, Cox, Allen & Winter (2004) e Nibert & Ondrejka (2005), salientando a importância da família ao longo do processo de dor, fazendo parte dos cuidados de enfermagem o ensino aos pais sobre os sinais de dor e de stress, bem como, das estratégias que possam vir a ser mobilizadas pelos mesmos para aumento do conforto.

Assim, da mesma forma que continuamos a esforçarmo-nos para melhorar as taxas de morbilidade e mortalidade, somos desafiados a melhorar as estratégias neuroprotectoras para estas crianças vulneráveis (Altimier & Phillips, 2013).

O uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda (ENFAD) e o ensino das mesmas aos pais, permite que se consigam minimizar os efeitos do *stress* e da dor no lactente, sendo competência do enfermeiro conseguir diminuir o impacto negativo dos *stressores*.

O enfermeiro atua deste modo ao nível da neuroprotecção, que passa por encontrar estratégias que previnam a morte de células neurosensoriais, responsáveis pela maturação do organismo e desta forma atuar no caminho da promoção de saúde do cliente (Altimier & Phillips, 2013).

No serviço de neonatologia onde tive oportunidade de estagiar, foram diversos os procedimentos dolorosos e causadores de stress que assisti mas também foram várias as ENFAD aguda empregues, tal como se apresenta na tabela seguinte:

#### **Procedimentos em neonatologia e as suas ENFAD aguda**

<b>Procedimentos que provocam dor aguda/ stress em Neonatologia:</b>	<b>Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor Aguda aplicadas:</b>
Aspiração de secreções	<ul style="list-style-type: none"><li>• Toque sereno;</li><li>• Concentrar manipulações;</li><li>• Sacarose (após o procedimento);</li><li>• Sucção não nutritiva;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> </ul>
Avaliação de tensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Toque/ Conforto;</li> </ul>
Colheita de sangue	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li> </ul>
Colocação de sonda oro-gástrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> </ul>
Colocação de cateter venoso umbilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Posicionamento (após procedimento)</li> </ul>
Manipulação do lactente (higiene, mudança de fralda e posicionamento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> <li>• Presença</li> </ul>
Puncionar acesso venoso periférico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toque sereno;</li> <li>• Concentrar manipulações;</li> <li>• Sacarose (antes, durante e após o procedimento);</li> <li>• Amamentação (se hemodinamicamente estável e se for hora de amamentar)</li> <li>• Sucção não nutritiva;</li> <li>• Posicionamento (se não poder ir ao colo dos pais)</li> <li>• Conforto;</li> <li>• Canguru materno (após e quando hemodinamicamente estável);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li></ul>
Teste de Guthrie (Teste do pezinho)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sacarose;</li><li>• Sucção não nutritiva;</li><li>• Conforto;</li><li>• Presença (se não for angustiante para os pais);</li></ul>

A avaliação das necessidades e a atuação perante as mesmas devem ser rotineiramente documentadas por todos os enfermeiros prestadores de cuidados diretos (National Association of Neonatal Nurses, 2011) a fim de permitir a continuidade de cuidados, compreender as melhores estratégias para o bebé e família e dar evidência dos cuidados de enfermagem prestados.

O enfermeiro atua ainda ao nível da promoção da neuroplasticidade, que se apresenta como, a capacidade de as células neuronais se adaptarem num curto ou longo espaço de tempo aos diferentes estímulos associados à atividade ou experiências (Altimier & Phillips, 2013).

Sabe-se que o recém-nascido é tão mais afectado pelos estímulos externos quanto mais prematuro é o seu desenvolvimento, pelo que a estimulação sensorial através do cheiro, audição, tato, temperatura e luminosidade afecta grandemente o recém-nascido prematuro.

Vasconcellos (2012) citando Robison (2003) e McGrath (2008) refere que os enfermeiros em neonatologia devem atender a quatro cuidados primordiais que se relacionam com: a individualização e flexibilidade dos cuidados de forma a ir de encontro às necessidades específicas do neonato e sua família, promovendo o seu melhor desenvolvimento e adaptação; o ambiente adequado e individualizado; a promoção da relação de ajuda à criança e sua família não só no momento do internamento mas também após a alta; e por fim a prestação de cuidados multidisciplinares e interdisciplinares que permitem ir de encontro às necessidades da

criança e família, apresentem o objetivo comum do “melhor-estar” do cliente e assegurem a continuidade de cuidados.

Para diminuição do impacto negativo desta estimulação prematura é essencial o enfermeiro encontrar estratégias que contornem ou minimizem os seus danos, como, a promoção e proteção do sono, otimizar a nutrição e sempre que possível promover a ingesta de leite materno, minimizar o *stress* e dor, proteger a pele, atender ao posicionamento adequado e conforto, promover a parceria parental.

Também Vasconcellos (2012) re-afirma a existência de cinco cuidados que são essenciais para o desenvolvimento da criança, sendo eles: a proteção do sono; a avaliação e gestão da dor/ *stress*; o apoio às atividades de vida diárias, como o posicionamento, a alimentação oral e a integridade cutânea; os cuidados centrados na família; e por fim, o ambiente saudável.

O cliente prematuro apresenta-se extremamente sensível ao toque, pelo que este deve ocorrer de uma forma respeitosa, no sentido de promover o seu estado de sono-vigília, bem como, de forma a não perturbar o seu bem-estar hemodinâmico. Para tal, é essencial agrupar os procedimentos, manter o bebé posicionado e aconchegado (Askin & Wilson, 2014).

O ambiente das neonatologias, com cuidados intermédios e intensivos, são lugares em que, pela sua especialidade, apresentam uma grande estimulação externa, tal como a necessidade de realização de diversos procedimentos invasivos e dolorosos, estimulação pela luz e a necessidade de prestar cuidados e conseguir ver as alterações que possam ocorrer nos recém-nascidos, sons altos e desconcertantes por derivarem de alarmes de diferentes máquinas de suporte aos cuidados, estimulação cutânea variada e feito por diferentes elementos da equipa e também pelos pais e familiares e a alteração das funções básicas do organismo como a alimentação e respiração.



No local onde tive oportunidade de estagiar na área da neonatologia, compreendi que havia uma preocupação por parte da equipa de enfermagem em minimizar o impacto dos elementos de *stress*.

Com vista a diminuição do impacto da luminosidade os enfermeiros de cuidados neonatais, apresentavam a preocupação em escurecer sempre que possível os berços com mantas. No caso de estarem a fazer fototerapia, o uso de óculos de proteção também proporcionava a diminuição da intensidade luminosa. Para além desse cuidado, havia a preocupação durante o dia de diminuir a luz natural da sala, entre a 13h00 e as 16h00, designado pelas mesmas de hora da sesta. Também no período noturno havia a preocupação de escurecer o mais possível a sala, pela diminuição da luz artificial.

No que se refere ao som, este era mais difícil de isolar devido aos alarmes constantes das máquinas de suporte aos cuidados neonatais. Porém, percebi que também havia preocupação por parte da equipa de diminuir o barulho para além dos alarmes. Isso refletia-se por exemplo durante as passagens de turno, que eram feitas num tom de voz baixo, dado o facto de ocorrerem na sala onde se encontravam os bebés. Para além disso, sempre que era necessário falar com outro colega, era necessário aproximarmo-nos e falarmos com a pessoa que queríamos, não havendo ninguém a chamar nos corredores ou de uma ponta para outra da sala. Também junto do neonato apercebi-me que os enfermeiros falavam sempre de forma calma com o cliente que prestavam cuidados, tendo cuidado, com o tom e entoação da sua voz e usando a repetição de palavras.

No que concerne à promoção do sono, esta era favorecida pela diminuição das manipulações. Isto é, os procedimentos e cuidados ao neonato estavam organizados por períodos que ocorriam de 3/3 horas. No momento da manipulação, tentavam-se conjugar todos os cuidados necessários aquele bebé, tais como, posicionar, mudar fralda, alimentar, avaliação de sinais vitais e realização de procedimentos invasivos e/ou dolorosos.

A otimização da nutrição, em especial através da promoção do aleitamento materno também foi tida em conta durante todo o percurso de estágio. O hospital onde realizei estágio encontrava-se em fase de candidatura a título de “Hospital Amigo dos Bebés”, através do incentivo do aleitamento materno. Para tal, realizavam-se frequentemente *workshops* para os pais dos recém-nascidos internados, ocorrendo formação e momento de partilha das dificuldades e conquistas de outros pais que passam por processos semelhantes. A criação destes grupos informais de ajuda permitem ultrapassar e/ou minimizar o *stress* do internamento, muitas vezes longo, e que leva a uma alteração da imagem idealizada de gravidez e de puerpério.

A diminuição da dor também é uma constante dos cuidados, usando-se para tal diversas estratégias não farmacológicas, tal como anteriormente foi referido.

A proteção da pele também é uma constante e verifica-se esse cuidado através do posicionamento de 3/3 horas, que é escrupulosamente seguido, e registado para que haja uma continuidade de cuidados. Quando existe o enfermeiro se depara perante uma pele mais ruborizada, atua através do uso de pensos de proteção cutânea, que não só regeneram a pele, como também a protegem nos dias seguintes. O posicionamento e o tato encontram-se intrinsecamente relacionados. Até este estágio não tinha experiência em cuidados neonatais. No meu local de trabalho, já tinha prestados cuidados de enfermagem a recém-nascidos mas não a crianças prematuras, grande prematuros ou de muito baixo peso. No primeiro impacto que tive com um prematuro assim, apercebi-me que a simples aproximação da incubadora e manipulação das portas da incubadora provocava no cliente prematuro uma reação de tremor generalizado associado a uma taquicardia e a movimentos descoordenados. Como havia necessidade de efetuar este comportamento repetidas vezes, adotei o cuidado de prestar os cuidados com movimentos mais lentos, e sempre que possível tentando não provocar a desorientação do prematuro, através da manutenção da contenção e da colocação da minha mão sobre o corpo do neonatal, com uma pequena pressão. Era imediato o conforto que estas medidas proporcionavam.

O conforto ao lactente está presente através da promoção e incentivo aos pais do método canguru, que é feito naquele serviço sempre que a criança esteja hemodinamicamente estável e sem risco de infeção. Os benefícios tanto para os pais, como para o bebé são notórios, ficando ambas as partes tranquilas.

A parceria de cuidados é uma premente e é incentivado desde o primeiro momento. Por vezes os pais não podem estar presentes logo desde o primeiro dia de internamento do lactente na Unidade de Cuidados Intensivos, o que leva a grande angústia por parte dos pais, bem como a uma culpabilização do ter ocorrido uma parto de forma diferente do esperado. Para diminuir esses sentimentos e também de forma a mostrar o que vai acontecendo com os filhos, os enfermeiros criaram no serviço o “diário do bebé”. Trata-se de um caderno de folhas em branco e que é preenchido primeiro pelos enfermeiros. Faz uma apresentação da criança e vai escrevendo os principais cuidados que foram feitos aquela criança e eventos significativos para a mesma, como por exemplo o aumento de peso. Esse diário é colocado na unidade da criança e quando os pais chegam podem lê-lo e escrever de retorno. Cabe ao enfermeiro que cuida daquela criança ir escrevendo em retorno. Este “simples” cuidado permite que os pais possam fazer parte dos cuidados, expressar os seus sentimentos e cria uma relação mais próxima entre os diferentes elementos de cuidado.

## **5. A AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOLOGIA**

A avaliação da dor é uma premissa na correta gestão da dor e apresenta um papel ainda mais relevante quando se trata de avaliar a dor em clientes que não se conseguem exprimir verbalmente e que apresentam os seus comportamentos habituais alterados para o padrão, tal como acontece nos prematuros.

As escalas de avaliação de dor usadas em neonatologia devem ser escalas de hetero-avaliação, baseadas no comportamento e que sejam sensíveis às alterações comportamentais que possam ocorrer perante a exposição do neonato à dor aguda prolongada.

A correta escala de dor deve ainda permitir ser específica o suficiente para que não ocorra avaliação do *stress* quando se pensa que apenas se está a avaliar a dor, atendendo que as respostas à dor neonatal também variam de acordo com o estado sono-vigília, a gravidade da doença , bem como a duração da exposição à dor (Vinall & Grunau, 2014).

A American Academy of Pediatrics sugere uso em neonatologia de 9 escalas (ver Tabela 2): PIPP (Premature Infant Pain Profile); CRIES (Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs; Expression, Sleeplessness); NIPS (Neonatal Infant Pain Scale); N-PASS (Neonatal IPain Agitation and Sedation Scale); NFCS (Neonatal Facing Coding System); PAT (Pain Assessment Tool); SUN (Scale for Use in Newborns); EDIN (Echelle dela Douleur Inconfort Nouveau-Ne'); BPSN (BernesePainScalefor Neonates) (AAP, 2006)

O serviço de neonatologia que integrei, adotava a N-PASS, por apresentar a maioria dos lactentes ventilados e a equipa encontrava-se sensibilizada e motivada para proceder à avaliação continuada da dor e das estratégias empregues,

### Caracterização das Escalas de Avaliação de Dor em Neonatologia

Assessment Tool	Physiologic Indicators	Behavioral Indicators	Gestational Age Tested	Assesses Sedation	Scoring Adjusts for Gestational Age	Nature of Pain Assessed
PIPP: Premature Infant Pain Profile	Heart rate, oxygen saturation	Brow bulge, eyes squeezed shut, nasolabial furrow	28–40 wk	No	Yes	Procedural and postoperative pain
CRIES: Crying, Requires Oxygen Saturation, Increased Vital Signs, Expression, Sleeplessness	Heart rate, oxygen saturation	Crying, facial expression, sleeplessness	32–36 wk	No	No	Postoperative pain
NIPS: Neonatal Infant Pain Scale	Respiratory patterns	Facial expression, cry, movements of arms and legs, state arousal	28–38 wk	No	No	Procedural pain

Assessment Tool	Physiologic Indicators	Behavioral Indicators	Gestational Age Tested	Assesses Sedation	Scoring Adjusts for Gestational Age	Nature of Pain Assessed
N-PASS: Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale	Heart rate, respiratory rate, blood pressure, oxygen saturation	Crying, irritability, behavior state, extremities tone	0–100 d of age and adjusts score on the basis of gestational age	Yes	Yes	Ongoing and acute pain and sedation
NFCS: Neonatal Facing Coding System	None	Facial muscle group movement	Preterm and term neonates, infants at 4 mo of age	No	No	Procedural pain
PAT: Pain Assessment Tool	Respirations, heart rate, oxygen saturation, blood pressure	Posture, tone, sleep pattern, expression, color, cry	Neonates	No	No	Acute pain
SUN: Scale for Use in Newborns	Central nervous system state, breathing, heart	Movement, tone, face	Neonates	No	No	Acute pain

Assessment Tool	Physiologic Indicators	Behavioral Indicators	Gestational Age Tested	Assesses Sedation	Scoring Adjusts for Gestational Age	Nature of Pain Assessed
	rate, mean blood pressure					
EDIN: Echelle de la Douleur Inconfort Nouveau-Ne' (Neonatal Pain and Discomfort Scale)	None	Facial activity, body movements, quality of sleep, quality of contact with nurses, consolability	25–36 wk (preterm infants)	No	No	Prolonged pain
BPSN: Bernese Pain Scale for Neonates	Heart rate, respiratory rate, blood pressure, oxygen saturation	Facial expression, body posture, movements, vigilance	Term and preterm neonates	No	No	

(Fonte: AAP, 2006, p.2233)

## **6. Competências desenvolvidas no contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

As atividades propostas e desenvolvidas em estágio derivam das competências de enfermeiro especialista e especialista em enfermagem da criança e do jovem que se pretende atingir de acordo com o diagnóstico de avaliação de competências previamente elaborado.

Teve-se ainda em consideração os objetivos gerais e específicos relacionados com o tema escolhido.

Os objetivos, atividades propostas e competências a atingir encontram-se descritas na no quadro de competências a desenvolver.

O estágio de Neonatologia foi o estágio de menor duração, 3 semanas, e cuja experiência nesta área eu não detinha. Desse modo, este estágio serviu para desenvolver saberes teóricos e práticos nesta área e compreender a forma como era feita a abordagem aos objetivos propostos.

Durante o período de estágio tive oportunidade de prestar cuidados diretos às crianças prematuras que aí se encontravam internadas. Por proposta da minha orientadora local, era a enfermeira de referência para uma das crianças, isto é, mantinha sempre os cuidados a mesma criança que estava à minha responsabilidade, o que permitia que eu fosse tomando conhecimento da melhor maneira de cuidar, encontrando estratégias para realização dos diferentes procedimentos com o mínimo de ansiedade para o bebé e desenvolvendo uma relação profissional com os pais, oferecendo-lhes maior suporte.

O facto de as decisões de cuidados daquele bebé dependerem de mim e ainda o facto de ser convidada a participar nas decisões clínicas dos outros bebés que precisavam de cuidados intensivos, permitiu o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no campo da neonatologia (E.E.- A1). Um outro exemplo deste desenvolvimento, prende-se com o facto de haver uma criança com uma doença neurodegenerativa que apresentava inúmeras paragens respiratórias. Porém por decisão médica, procedia-se sistematicamente a medidas de reanimação, sem atender à qualidade de vida da mesma. Por haver um conflito entre a mãe desta criança e um seu outro filho de 5 anos, que referia que a mãe não lhe dava atenção, culpabilizando a existência deste



bebé pela diminuição do afeto, procedemos à realização da pintura do pé da bebé e juntámos uma mensagem carinhosa para o menino. Dois dias depois encontramos colado no berço da bebé um desenho infantil do irmão para a bebé e a mãe veio falar connosco sobre o que se tinha passado. Referia que estava a passar por um momento de grande angústia e isso refletia-se no facto de não estar disponível para os outros filhos e exprimiu que gostaria que a sua bebé “partisse” para que não sofresse mais (até esse momento a mãe não integrava a possibilidade de morte da bebé). Estas mesmas informações foram transmitidas à restante equipa profissional, feita reunião clínica e decidida Ordem de Não Reanimação, sendo que os cuidados a esta bebé seriam paliativos, de aumento da qualidade de vida e de diminuição da dor.

Apesar de sabermos das situações que as diferentes crianças internadas na neonatologia apresentavam, a privacidade era mantida e o sigilo profissional cumprindo. Por exemplo, a passagem de turno tinha de ser feita na sala onde se encontravam as crianças e os seus pais, mas no momento em que ocorria havia sempre a preocupação de pedir para os pais se ausentarem um pouco, incentivando a que nesse momento fossem fazer a extração de leite ou aproveitar para comerem, pois havia pais que passavam toda o dia lá. Para além disso, havia o cuidado de não falar sobre a situação de outros bebés junto a outras unidades e de não exercer comentários fora de contexto. Outro dos cuidados que se tinha era a de apresentar práticas que não comprometessem a segurança da criança, como por exemplo através da higienização das mãos, de manter os isolamentos o melhor possível. Todos estes cuidados permitiram desenvolver competências na promoção de práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (E.E.- A2).

Das estratégias não farmacológicas existentes, as que eram mais praticadas por mim estavam relacionadas com o uso de sacarose, a sucção não nutritiva e o posicionamento. Conforme o estágio foi decorrendo fui sensibilizada para o correto posicionamento e as suas inúmeras vantagens, passando a adotar esses conhecimentos não só no local de estágio mas igualmente no meu local de trabalho, o que levou a que algumas colegas questionassem no meu local de trabalho, o que fazia e o porquê. Após explicação e após verificação por parte das mesmas de alguns benefícios do correto posicionamento, alguns colegas tinham um cuidado especial perante o posicionamento. Situações como a anteriormente descrita permitiram que fosse desenvolvendo competências para o desempenho de um papel dinamizador no

desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (E.E.- B1). O correto posicionamento e a sensibilização dos pares para o mesmo permite a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e dá sentido à importância de atender aos pormenores para evidência dos cuidados praticados.

Os conhecimentos que fui adquirindo durante este estágio de neonatologia permitiram que fosse delineando e tomando conhecimento do que faria sentido incentivar e apresentar como estratégias funcionais para alívio da dor aguda e desta forma dar resposta ao desenvolvimento de competências que concebem, gerem e colaboram em programas de melhoria contínua da qualidade.

Durante o estágio de neonatologia, o serviço onde me encontrava sofreu alteração no sistema informático de registo de cuidados, passando nesse momento a ter uma nova linguagem CIPE. Para tal, no mês em que me encontrei a estagiar, estivemos todos unidos em compreender melhor este sistema, entender as limitações que ainda podiam ser encontradas pelo mesmo e expor essas mesmas dúvidas aos elementos de referência do programa de forma a permitir a melhoria contínua do mesmo, reforçando a demonstração do trabalho do enfermeiro. Este trabalho permitiu desta forma que concebesse, gerasse e colaborasse em programas de melhoria contínua da qualidade (E.E.- B2).

A criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (E.E.- B2), foi conseguida em diversos momentos e com diversos elementos, isto é, por um lado, estabelecia com os restantes elementos de cuidados de saúde uma relação tranquila, transmitindo continuamente a minha opinião sobre as práticas e protocolos que ali existiam e que considerava benéficas à minha aprendizagem e por outro lado, também falava sobre as minhas próprias práticas de cuidados e situação diária num ambiente de urgência, onde os cuidados se iniciam logo desde os 3 dias de vida, sensivelmente. Estas partilhas, permitiram criar proximidade e o sentimento de ligação, não me sentindo como estranha num serviço diferente do meu, num hospital diferente do meu e não sendo mais um elemento que fosse sobrecarregar a equipa. Para além deste facto, também tentei criar um ambiente de segurança e tranquilidade para todos os pais que tinham ali os seus filhos internados, através da partilha de todos os momentos importantes ao longo do turno, do

que tinha sido feito ao seu filho e porquê, dando maior conhecimento aos pais, fazendo-se sentir parte integrante dos cuidados, o que permitia um aumento da confiança destes nos cuidados que prestavam e uma diminuição da ansiedade sobre o local onde se encontrava os seus filhos. Também partilhava alguns momentos nos “diários” (projeto do serviço), o que permitia que desse mais ânimo aqueles pais que tantas vezes se encontram desiludidos com a ideia do seu bebé ideal imaginário.

Ao longo deste tempo de aprendizagem em que frequentei o curso de especialidade, tive várias oportunidades para refletir sobre as minhas práticas em temáticas distintas. Assim, previamente à ida para estágio procedi à minha auto avaliação, a fim de compreender as minhas maiores dificuldades e como poderia desenvolver as competências de enfermeiro especialista. No que concerne à neonatologia, compreendi que apresenta lacunas sobre os cuidados ao prematuro e a sobre a gestão de emoções que deve ser feita num ambiente de grande ansiedade e perspetivas. O próprio momento de estágio permitiu que eu própria tomasse conhecimento sobre a minha forma particular de cuidar, em que muitas vezes adoto movimentos rápidos, pelo que foi necessário modificar os meus próprios comportamentos e gestos naquele serviço. Todas estas reflexões e mudanças de comportamento permitiram desenvolver um auto conhecimento e assertividade essencial ao desempenho de EE (E.E.- D1).

A tomada de consciência e mudança de comportamentos teve por base um aprofundamento teórico e a aquisição de conhecimentos que foram sustentando essa mesma mudança. Foi necessário assim recorrer a diferentes fontes que fossem uma base sólida à minha praxis clinica especializada (E.E.- D2). Desta forma tomei conhecimento dos diferentes protocolos que integravam o serviço, consultei alguns manuais existentes no local e aprofundei conhecimento recorrendo a manuais da biblioteca da escola e à consulta de artigos através das bases de dados. Durante o estágio para além de desenvolver competência enquanto enfermeira especialista, houve a preocupação de adquirir e escrutinar algumas

competências de EEESCJ e que estivesse assente no desenvolvimento da criança e jovem e na temática da gestão da dor em pediatria.

No serviço de neonatologia tive possibilidade de prestar cuidados à criança prematura mas também aos pais das mesmas, que vivenciavam um momento de grande ansiedade e modificação da imagem de bebé perfeito idealizado. Foi necessário deste modo, encontrar um discurso empático, seguro e sincero, que permitisse o desenvolvimento de uma relação de confiança, dando espaço nesses diálogos à veiculação de emoções, expressão de receios e ao festejo das conquistas. A abertura à presença de familiares significativos, permitiu o estreitamento familiar e o encontro dos elementos de segurança, de ajuda e de esperança para o casal. Toda esta relação permitiu que se fosse de encontro à assistência à criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde (E.E.E.S.C.J. – C.E1).

Após encontrar o suporte à criança e família de forma a criar as melhores condições de desenvolvimento da criança, foi importante colocar em prática estratégias não farmacológicas que permitissem aliviar a dor da criança durante os procedimentos dolorosos ou associada à própria patologia. O cuidado à criança e família nas situações de especial complexidade (E.E.E.S.C.J. – C.E2), com é o caso da prematuridade, permitiu que compreendesse que a administração de sacarose, a sucção não nutritiva e o posicionamento eram algumas das ENFAD aguda mais frequentemente usadas pelos enfermeiros. Quando possível associava-se a essas estratégias, outras estratégias, fazendo com que a dor da criança fosse a menor possível, não afetando assim o seu desenvolvimento.

Por fim, foi ainda possível desenvolver competências para prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E.E.E.S.C.J. – C.E3), tendo tido oportunidade de cuidar da criança no início e fim da sua vida. Aquando do nascimento, alguns recém-nascidos eram levados para o serviço de neonatologia, ou por terem nascidos prematuramente, ou por um parto complicado. Chegavam nas incubadoras de transporte em sacos térmicos de transporte, na companhia dos profissionais de saúde e quase sempre na companhia do pai, que se encontrava num misto de emoções. Era necessário então estabelecer uma rápida relação com o pai,

felicitar pelo nascimento do seu filho, apresenta-lo a uma unidade de cuidados intensivos neonatais, explicar resumidamente a situação clínica e por fim dar uma esperança realista. Por outro lado, houve momentos em que foi necessário estar aos lados dos pais para lhes comunicar a má notícia do agravamento do filho, lidando com as emoções mais negativas mas continuando a dar apoio no caminho que esperava futuramente estes pais, desta vez sem o seu filho.

A forma de cuidar que observei e tive possibilidade de partilhar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, constituiu um momento de grande aprendizagem, abrindo momentos de grande reflexão sobre a prática diária e permitindo o escrutínio de dilemas éticos, obstáculos à prática de excelência e o encontro de respostas a serem mobilizadas para uma melhoria dos cuidados, tendo por base situações de crescente complexidade. Estas situações permitiram a aquisição de competências não só enquanto EE mas também EEESCJ, enriquecidas pela diversidade de experiências complexas, pela mobilização de novos recursos e estabelecimento de protocolos cientificamente elaborados e atuais, pela relação de ajuda fomentada e pela aplicação de inúmeras estratégias e terapias que visam o melhor desenvolvimento da criança, a integração dos pais e família e a excelência de cuidados.

### Descrição das Tarefas e Resultados Esperados Antes do Estágio

OBJETIVO GERAL 1	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS ESPECIALISTA NO ÂMBITO DA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA E DO JOVEM				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1	Minimizar o impacto dos <i>stressores</i> relacionados com a experiência da hospitalização;				
ATIVIDADES	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL DE ESTÁGIO	COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)
i) Realização de pesquisa bibliográfica; j) Conhecimento da dinâmica dos diferentes contextos de Estágio; k) Prestação de cuidados de enfermagem atendendo ao desenvolvimento da criança e jovem; l) Compreensão das principais emoções presentes na criança/jovem/cuidador durante o período de contacto com o hospital através da observação participante e da prestação de cuidados; m) Divulgação da emocionalidade positiva para enfrentamento dos <i>stressores</i> inerentes à hospitalização, como dor, ansiedade e medo junto dos enfermeiros dos diferentes contextos de Estágio; n) Entrevista a EESECJ/peritos nos diferentes contextos de estágio através de um guião de entrevista (impacto da	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...); <b>Humanos:</b> ♥ Equipa de enfermagem;	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio;	3 semanas	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	<b>Competências CEE</b> A.1 – A. 1.1.;1.2. A.2 – A. 2.1. B.3 – B. 3.1. D.1 – D. 1.1.  <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.2. C. E2 – E 2.2.; E2.4. C. E3 – E 3.1.; E 3.3.

<p>hospitalização; emoções vivenciadas, estratégias para minimizar os <i>stressores</i>) para aferir a sua abertura e obstáculos à emocionalidade positiva;</p> <p>o) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;</p>					
--	--	--	--	--	--

OBJETIVO GERAL 1	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIROS ESPECIALISTA NO ÂMBITO DA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA E DO JOVEM				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2	Facilitar a comunicação expressiva de emoções;				
ATIVIDADES	RECURSOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	DATAS	LOCAL DE ESTAGIO	COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)
j) Realização de pesquisa bibliográfica; k) Conhecimento a dinâmica dos diferentes contextos de Estágio; l) Prestação de cuidados de enfermagem facilitadores da expressão de emoções da criança/jovem/cuidadores; m) Promoção da ventilação de emoções nos diferentes contextos junto de crianças/jovens/cuidadores; n) Observação de sinais e/ou sintomas subjacente a emoções não verbalizadas; o) Reflexão sobre as práticas através de jornais de aprendizagem e utilizando o Ciclo Reflexivo de <i>Gibbs</i> ; p) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...) <b>Humanos:</b> ♥ Equipa de enfermagem;	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio;	3 semanas	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	<b>Competências CEE</b> A.2 – A. 2.1. B.3 – B. 3.1. D.1 – D. 1.1.; D. 1.2.  <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.2. C. E2 – E 2.2. C. E3 – E 3.3.



<b>OBJETIVO GERAL</b> <b>2</b>	<b>PROMOVER A GESTÃO DA DOR AGUDA EM CRIANÇAS/JOVENS</b>				
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> <b>1</b>	Analisar práticas dos enfermeiros sobre a utilização das ENFAD aguda;				
<b>ATIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>DATAS</b>	<b>LOCAL DE ESTAGIO</b>	<b>COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)</b>
j) Realização de pesquisa bibliográfica; k) Identificação de procedimentos invasivos/dolorosos à criança/jovem mais comumente realizados nos diferentes contextos; l) Observação participante das práticas de mobilização das ENFAD no âmbito da gestão da dor pediátrica através de uma grelha de observação; m) Análise dos dados obtidos pela grelha de observação de cuidados; n) Entrevista a EESECJ/peritos nos diferentes contextos de estágio através de um guião de entrevista (importância do uso das ENFAD; principais estratégias mobilizadas; dificuldades vivenciadas); o) Análise de conteúdo das entrevistas realizadas;	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...); <b>Humanos:</b> ♥ Equipa de enfermagem;	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio;	3 semanas	<b>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</b>	<b>Competências CEE</b> A.1 – A. 1.4. B.2 – B. 2.1. D.2 – D. 2.2.  <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.1. C. E2 – E 2.2. C. E3 – E 3.3.

<p>p) Prestação de cuidados a crianças/jovens com diagnóstico real ou potencial de dor aguda, nos diferentes contextos e em diferentes faixas etárias;</p> <p>q) Reflexão sobre as práticas através de jornais de aprendizagem e utilizando o Ciclo Reflexivo de <i>Gibbs</i>;</p> <p>r) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;</p>					
---	--	--	--	--	--

<b>OBJETIVO GERAL 2</b>	<b>PROMOVER A GESTÃO DA DOR AGUDA EM CRIANÇAS/JOVENS</b>				
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2</b>	Promover o uso de ENFAD aguda no âmbito dos cuidados de enfermagem;				
<b>ATIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>DATAS</b>	<b>LOCAL DE ESTAGIO</b>	<b>COMPETÊNCIAS A ATINGIR (O.E., 2010)</b>
l) Elaboração de Revisão Crítica da Literatura; m) Identificação de necessidades de formação dos enfermeiros das equipas de Enfermagem nos diferentes locais de Estágio; n) Desenvolvimento de atividades de formação oportunas em contexto de Estágio no âmbito da gestão da dor pediátrica, em particular na mobilização das ENFAD com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação de dados/informações à equipa;</li> <li>• Discussão em grupo das atividades/ENFAD</li> </ul> o) Criação de um <i>dossiê</i> temático sobre uma ENFAD considerada mais pertinente para o serviço; p) Criação de <i>kit</i> promotor das ENFAD: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgação do Kit nos diferentes locais de Estágio;</li> <li>• Incentivo à criação do mesmo em grupos de trabalho;</li> </ul>	<b>Materiais:</b> ♥ Computador com acesso à internet; ♥ Manuais científicos; ♥ Documentos científicos (artigos, teses...); ♥ Diferentes materiais de artes plásticas (cartão, plástico, cola..);	♥ Portefólio; ♥ Relatório de Estágio; ♥ Avaliação pela equipe de enfermagem das ENFAD sugeridas, através de grelha de avaliação;	3 semanas	<b>Unidade de Cuidados Intensivos</b>	<b>Competências CEE</b> A.2 – A. 2.2. B.1 – B. 1.1.; B. 1.2. B.2 – B. 2.2. B.3 – B. 3.1. D.2 – D.2.1.; D. 2.2.  <b>Competências EEESCJ</b> C. E1 – E 1.2. C. E2 – E 2.2.; E 2.4 C. E3 – E 3.3.

<p>q) Promoção dos cuidadores como parceiros na mobilização das ENFAD;</p> <p>r) Elaboração de suporte aos cuidadores no âmbito da gestão de dor aguda em função das necessidades identificadas nos diferentes contextos de Estágio.</p> <p>s) Elaboração de um estudo de caso no âmbito da prestação de cuidados à criança/jovem com diagnósticos de dor aguda ou potencial com base no quadro de referência Betty Neuman e com recurso a uma linguagem classificada;</p> <p>t) Realização de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o contributo das mesmas para o desenvolvimento das competências específicas e comuns de EEESCJ;</p>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>♥ Equipa de enfermagem;</p> <p>♥ Crianças e jovens com dor aguda ou risco de dor aguda;</p>				
---	---	--	--	--	--

## **LEGENDA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA:**

**A.1** – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

**A.1.1.** – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;

**A.1.2.** – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;

**A.1.4.** – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;

**A.2** – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e responsabilidades profissionais;

**A.2.1.** – Promove a proteção dos direitos humanos;

**A.2.2.** – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente;

**B.1** – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

**B.1.1.** – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade;

**B.1.2.** – Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;

**B.2** – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

**B.2.1.** – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado;

**B.2.2.** – Planeia programas de melhoria contínua;

**B.3** – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

**B.3.1.** – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;

**D.1** – Desenvolve o auto-conhecimento e assertividade;

**D.1.1.** – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;

**D.1.2.** – Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;

**D.2** – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;

**D.2.2.** – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho na área de especialidade;

**D.2.2.** – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;

## **LEGENDA DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM:**

**C. E1** – Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde;

**E 1.1.** – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;

**E 1.2.** – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem;

**C. E2** — Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade;

**E2.2.** — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;

**E2.4.** – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde; recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência;

**C. E3** – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

**E3.1.** – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;

**E 3.3.** – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Altimier, L; & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Sevem Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Elsevir*. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- American Academy of Pediatrics (2006), Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, 118 (5), 2231-2243. DOI: 10.1542/peds.2006-2277
- Askin, D. F.; & Wilson, D. (2014). *Recém-nascido de Alto Risco e a Família*. In M. Hockenberry; & D. Wilson (2014) *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição), 331- 411. Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)
- Ferraz, A. R.; & Guimarães, H. (s. d.). A História da Neonatologia no Mundo. Acedido em: 13.03.2016. Disponível em: [http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros\\_projectos/201107201653-historia\\_da\\_neonatologia\\_no\\_mundo.pdf](http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201653-historia_da_neonatologia_no_mundo.pdf)
- Gaspardo, C. M.; Martinez, F. E.; & Linhares, M. B. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(1), 77-85. Acedido a: 18.07.2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-05822010000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-05822010000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Grunau, R. E. (2013). Neonatal Pain in Very Preterm Infants: Long-Term Effects on Brain, Neurodevelopment and Pain Reactivity. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 4(4). 1-13. DOI: [10.5041/RMMJ.10132](https://doi.org/10.5041/RMMJ.10132)
- McGrath, J. M. (2014). *Family: Essencial Partner in Care*. In Kenner, C.; Lott, J. W. (2014). *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. (5<sup>th</sup> Edition), 739-765 New York: Springer Publishing Company

- National Association of Neonatal Nurses (2011). Age-Appropriate Care of the Premature and Critically Ill Hospitalized Infant Guideline for Practice. *Glenview*
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em neonatologia - cuidados para o desenvolvimento. In Hospital de São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Oriental, EPE (editor). *Neonatologia Manual Prático – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais* (pp. 260-262). Lisboa: Saninter.
- Vinall, J.; & Grunau, R. E. (2014). Impact of repeated procedural pain-related stress in infants born very preterm. *Pediatric Reserach*, 75 (5), 584-587. DOI: 10.1038/pr.2014.16



## **APÊNDICE XII**

- ***Poster*** “Cuidados Paliativos Pediátricos – Da prática clínica à  
Problemática em Fim de Vida”-

**Resumo enviado á candidatura do Poster “Cuidados Paliativos Pediátricos  
– Da prática Clínica à problemática do fim de vida”, no âmbito das 1<sup>as</sup>  
Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos**

Os Cuidados Paliativos Pediátricos têm como objetivo controlar a dor e o sofrimento das crianças, não só a dor física mas também a dor psicológica, intelectual, emocional e espiritual. Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural pelo que não é objetivo adiantá-la ou atrasá-la (M. Gomes, 2010; 10).

É preciso reconhecer a criança como um ser individual e único, ampliando os cuidados ao âmbito familiar e social em que se desenrola como ser humano.

Neste trabalho será apresentado um caso clínico de uma criança e respetiva família durante o processo de doença até ao final de vida. Serão abordados os cuidados que foram realizados em final de vida aqueles que poderiam ter sido realizados, assim como, os cuidados no luto e as considerações éticas, com recurso a uma revisão de literatura, bem com a uma reflexão profunda e pessoal. Trata-se de uma criança de 5 anos, ex-pré-termo de 28 semanas, com hemorragia intraventricular grau III com hidrocefalia e necessidade de colocação de sistema de derivação ventriculo-peritoneal; encefalomalácia quística e atrofia cerebelosa hemisférica bilateral e surdez neurosensorial. Apresenta ainda atraso desenvolvimento psicomotor grave e epilepsia secundária. Possui, também, doença pulmonar crónica com múltiplos internamentos prévios por agudização, apresenta dependência de oxigénio suplementar no domicílio com necessidade de ventilação não invasiva (nCPAP) durante o sono. Tem bexiga neurogénica com refluxo vesico-ureteral grau III à esquerda, litíase renal com infecções urinárias de repetição por microrganismos multirresistentes, com posterior necessidade de vesicostomia.

Por agudização da insuficiência respiratória crónica, com infecção respiratória associada (Pneumonia a *Pseudomonas aeruginosa*) de agravamento progressivo foi necessária ventilação mecânica invasiva.

Posteriormente, e por a extubação ser impossível foi colocada a hipótese de traqueostomia. Foi realizada uma reunião com a equipa multidisciplinar e com os pais e foi recusada essa hipótese (decisão tomada pelos pais já antes deste episódio de doença) e foi tomada decisão conjunta da ordem de não reanimar.

Apesar dos dilemas éticos associados a esta situação problemática e com o objetivo de minimizar o sofrimento da criança e da família, esta acabou por falecer numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Após o falecimento desta criança refletiu-se, com os diversos profissionais de saúde, sobre quais os cuidados que tinham sido prestados na fase final de vida. Constatou-se que os cuidados que foram prestados, a par de outros cuidados, deveriam ter sido englobados no plano de cuidados desta criança e sua família desde o início e ao longo das diversas fases, o nascimento, o(s) diagnóstico(s) e o prognóstico.

O acompanhamento por parte de uma equipa multidisciplinar, diferenciada em cuidados paliativos pediátricos, seria com toda a certeza decisivo no acompanhamento a esta criança e sua família.

Procedeu-se de seguida à identificação e análise das problemáticas éticas encontradas neste caso clínico, ou seja, a qualidade de vida, a colocação de traqueostomia, a aceitação da decisão de não reanimação e, por fim, a comunicação sobre o final de vida em episódio agudo de doença. Estas problemáticas foram analisadas do ponto de vista dos princípios éticos da Beneficência, da Não Maleficência, da Autonomia e da Justiça.

Por último, foi efetuada uma entrevista à mãe, com o intuito de compreender quais têm sido os apoios prestados à família no luto. As intervenções da equipa no Luto encontram-se apresentadas sob a forma de uma pirâmide (Esquema 2).

Os Cuidados Paliativos Pediátricos devem ser iniciados no momento do diagnóstico e desenvolvidos ao longo do processo terapêutico com o intuito de definir a melhor estratégia que atenda às necessidades da criança em fase final de vida.

Neste caso clínico a intervenção na perspetiva de cuidados paliativos foi desenvolvida precocemente através de uma abordagem multidisciplinar promovendo a qualidade de vida e conforto da criança e família.

Apesar da problemática ética envolvente a prioridade primordial foi o menor sofrimento da criança e da família.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Bátiz, J.; Loncan, P. (2006). Problemas éticos al final de la vida. Gaceta Médica de Bilbao, 103, 41-45;
- Gomes, M. (2010). Cuidados Paliativos Pediátricos - o desmoronar de um absurdo. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Monografia. Porto;
- Neto, A. D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida - a importância dos cuidados paliativos. NASCER E CRESCER - Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto., XXII (nº 4), 252-256;
- Pacheco, S. (2004). Cuidar a pessoa em fase terminal – Perspectiva ética. (2ª edição), Loures: Lusociência;
- Piva, J. P.; Garcia, P. C. R.; Lago, P.M. (2011). Dilemas e dificuldade envolvendo decisões de final de vida. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 23 (nº1), 78-86.

## CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS - DA PRÁTICA CLÍNICA À PROBLEMÁTICA DO FIM DE VIDA-

M. Marcelino<sup>1</sup>, A. Nuno<sup>1</sup>, M.J. Palaré<sup>2</sup>, J. Torgal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup>Unidade de Hematologia, Serviço de Pediatria Médica e Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

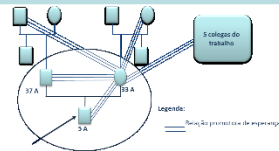
<sup>3</sup>Consultas Externas de Pediatria, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

### INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos Pediátricos têm como objectivo controlar a dor e o sofrimento das crianças, não só a dor física mas também a dor psicológica, intelectual, emocional e espiritual. Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural pelo que não é objectivo adiantá-la ou atrasá-la (M. Gomes, 2010; 10). É preciso reconhecer a criança como um ser individual e único, ampliando os cuidados ao âmbito familiar e social em que se desenrola como ser humano. Neste trabalho será apresentado um caso clínico de uma criança e respectiva família durante o processo de doença até ao final de vida. Serão abordados os cuidados que foram realizados em final de vida aqueles que poderiam ter sido realizados, assim como, os cuidados no luto e as considerações éticas, com recurso a uma revisão de literatura, bem com a uma reflexão profunda e pessoal.

### CASO CLÍNICO

#### Antecedentes Familiares



Esquema 1 - Genograma

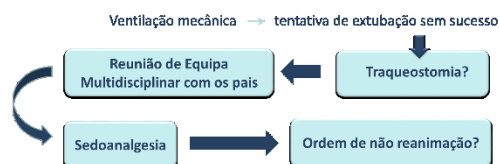
#### Antecedentes Pessoais

Prematuridade (28s+5d)	Extremo baixo peso (920gr)	Hemorragia intraventricular grau III com hidrocefalia (SDVP)	Encefalomalácia quística
Atrofia cerebelosa hemisférica bilateral	Paralisia cerebral quadriplégica espástica	Epilepsia secundária	Doença pulmonar crónica (nCPAP)
Bexiga neurogénica com refluxo vesico-ureteral grau III esquerdo	Litíase renal	Infecções urinárias de repetição	Vesicostomia

#### História da Doença Actual

- Rapaz de 5 anos → 1 dia antes do internamento → Urgência Pediatria  
Infecção respiratória baixa → alta medicado com antibioterapia oral;
- Agravamento da dificuldade respiratória → Retorno à Urgência Pediatria
- Internamento → Instabilidade hemodinâmica e neurológica;

#### Cuidados Intensivos Pediátricos



#### Cuidados em Final de vida



Imagem 1 - Símbolo da Prematuridade

- Pais recusam hipótese de traqueostomia (decisão tomada entre o casal antes do internamento), realização de procedimentos invasivos e manobras de reanimação em caso de paragem cardíaca → Grande sofrimento para o seu filho

#### O QUE FOI FEITO...

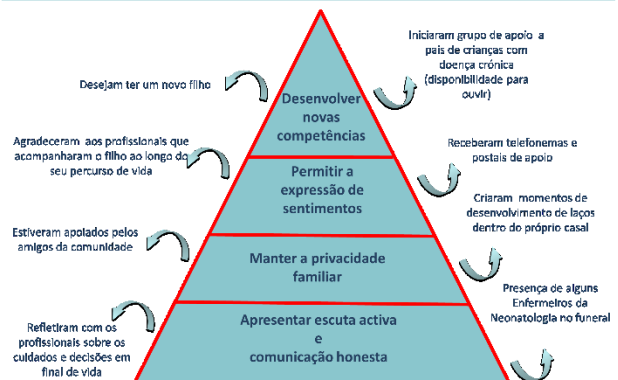
- Fase final de vida**
- UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
- Acompanhamento por equipa multidisciplinar
  - Participação dos pais nos cuidados prestados ao seu filho
  - Oportunidade para expressão de sentimentos e de manifestações de espiritualidade
  - Visitas de outros familiares e pessoas significativas
  - Promoção da privacidade
    - Tempo para se despedir do seu filho
    - Faleceu ao colo da mãe e na companhia do pai

- O QUE PODERIA TER SIDO FEITO...**
- Fase final de vida no domicílio ou num internamento em quarto isolado
  - Acompanhamento por Equipa Multidisciplinar diferenciada em Cuidados Paliativos Pediátricos, com início aquando do nascimento

#### Problemáticas Éticas

	Beneficência	Não Maleficência	Autonomia	Justiça
Qualidade de vida	Dar dignidade à vida da criança e pais		Respeitar a decisão dos pais	
Traqueostomia	Permitir que não esteja dependente de técnicas invasivas	Procurar o não sofrimento da criança e pais	Compreender as técnicas que causam maior conforto à criança	Remeter à comissão de ética: imparcialidade de decisão
Aceitação de não reanimar	Dar dignidade à vida da criança e pais		Ir de encontro à reflexão já anteriormente feita pelos pais	
Comunicação sobre o final de vida em episódio agudo de doença	Ir de encontro às necessidades emergentes da criança e família	Preparar para o momento de final de vida da criança	Compreender os sentimentos vivenciados no momento de doença aguda	Determinar quem é o melhor "juiz" para o interesse da criança

#### Cuidados no Luto



Esquema 2 - Pirâmide de Intervenção da equipa no período de luto

### CONCLUSÃO

Os Cuidados Paliativos Pediátricos devem ser iniciados no momento do diagnóstico e desenvolvidos ao longo do processo terapêutico com o intuito de definir a melhor estratégia que atenda às necessidades da criança em fase final de vida. Neste caso clínico a intervenção na perspectiva de cuidados paliativos foi desenvolvida precocemente através de uma abordagem multidisciplinar promovendo a qualidade de vida e conforto da criança e família. Apesar da problemática ética envolvente a prioridade primordial foi o menor sofrimento da criança e da família.

#### Referências Bibliográficas:

- Bátoz, J.; Louçã, P. (2006). Problemas éticos al final de la vida. *Gaceta Médica de Bilbao*, 103, 41-45; 2. Gomes, M. (2010). *Cuidados Paliativos Pediátricos - a desmoxonar de um absurdo*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Monografia, Porto; 3. Neto, A. D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim de vida - a importância dos cuidados paliativos. *INASER E CRESCER - Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, XXII (nº 4), 252-256; 4. Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal - Perspectiva ética*. (2ª edição). Loures: Lusociência; 5. Piva, J. P.; Garcia, P. C. R.; Lago, P.M. (2011). Dilemas e dificuldade envolvendo decisões de final de vida. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23 (nº1), 78-86.

## **APÊNDICE XIII**

- **Poster “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda em  
Pediatría – Envolvimento Parental”-**

**Resumo enviado á candidatura do Poster “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda: Envolvimento Parental”, no âmbito do 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria – (Novos) Cenários em Pediatria**

- **Introdução**

A dor é um fenómeno que acompanha a experiência de vida e saúde da criança/jovem podendo estar inerente à patologia que os leva ao hospital ou diretamente relacionada com os procedimentos realizados para diagnóstico e tratamento da doença, provocando um momento de crise no desenvolvimento dos mesmos e na dinâmica familiar. A dor aguda não tratada pode originar dor crónica, sendo que até 2008 era conhecido que 15% dos clientes pediátricos experienciavam dor crónica associada à perpetuação da dor aguda (Gonçalves, 2008), facto que se deve a uma subestimação da dor pediátrica por parte dos enfermeiros (Cunha, 2011; Jacob, 2014). A incorreta gestão da dor leva a um injustificado sofrimento, classificado em algumas referências como *stress* pós traumático, por parte do cliente pediátrico e suas famílias, gerador de sentimentos negativos. As estratégias não farmacológicas, caracterizadas por serem técnicas modificadoras do impacto da experiência da dor no individuo, são melhor sucedidas pelo envolvimento parental, o que promove os cuidados não traumáticos pelos enfermeiros.

- **Objetivos**

Identificar as estratégias não farmacológicas mobilizadas pelos pais no alívio da dor aguda pediátrica em contexto hospitalar.

- **Material e métodos**

Revisão de literatura através de pesquisa documental na base de dados CINAHL e MEDLINE recorrendo a uma abordagem sistematizada, por meio de recolha, organização e avaliação crítica de dados relacionados com a temática em causa. Usou-se como limitador de resultados, as datas de publicação entre 2009 e 2015, língua inglesa, em full text e recorrendo às palavras de indexação: nonpharmacological; parents; pediatric acute pain;

- **Resultados**

Obtiveram-se 7 artigos que afirmam a importância do envolvimento parental na mobilização das estratégias não farmacológicas para alívio da dor aguda. Encontraram-se associadas às experiências dolorosas as técnicas procedurais, as patologias cirúrgicas e as lesões por queimadura. A vivência dessas experiências dolorosas por parte da criança/jovem é influenciada pela forma como os pais sentem essas experiência (preocupação, ansiedade, medo, culpa, tristeza, incapacidade para ajudar e raiva) e pela forma como conseguem gerir a dor através das estratégias. O enfermeiro, devendo antecipar e prevenir o sofrimento, encontra-se privilegiado no contacto com os pais para promover a capacitação dos mesmos sobre a patologia, sintomas e gestão da dor. As técnicas comunicacionais, a atitude positiva e flexível e o suporte emocional são as habilidades necessárias ao enfermeiro para permitir essa promoção. Os principais obstáculos a essa capacitação são as barreiras comunicacionais, como a iliteracia, as barreiras linguísticas e os défices cognitivos. Entre as diferentes estratégias não farmacológicas mobilizadas pelos pais destacam-se a presença dos pais, o conforto em estar junto dos mesmos e o posicionamento. Nos neonatos e lactentes, o toque, a massagem, o método canguru, a amamentação e a sucção não-nutritiva são realçadas. A partir da idade pré-escolar salientam-se a distração, enfatizando a distração virtual e o relaxamento através da hipnose clínica pediátrica e do controlo da respiração.

- **Conclusão**

A dor é um fenómeno altamente sensível aos cuidados de enfermagem e a inclusão da família com destaque para os pais nas diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor leva à diminuição da ansiedade e medo parental associado à experiência dolorosa e por conseguinte diminuição da perceção cerebral dolorosa pela criança/jovem. Permite ainda maior controlo da dor no domicílio, melhoria da qualidade de vida pela diminuição do tempo da hospitalização e a diminuição da sensação de isolamento. Compete ao enfermeiro envolver e capacitar os pais nas estratégias de alívio da dor aguda na criança/jovem, reforçando o seu papel no controlo da dor, validando habilidade de *coping* parental e reconhecendo os défices de conhecimentos e os sentimentos prejudiciais à gestão da dor.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cunha, J. A. L. A. (2011). Avaliação da Dor Aguda Pós-operatória na Criança e no Adolescente: Comparação entre o Registo da Avaliação da Dor realizada pelos Enfermeiros e pelo Investigador (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto. Acedido a: 18.06.2015. Disponível em: [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAAahUKEwijkPChz\\_HGAhULwBQKHS0cBBE&url=http%3A%2F%2Frepositorio-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F52800%2F2%2FDissertao%2520MIM%2520Joana%2520Cunha.pdf&ei=Eg-xVaO\\_HouAU624klgB&usg=AFQjCNGQVjfvXZXo6zOjUPz mh6sYzmXv6Q](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAAahUKEwijkPChz_HGAhULwBQKHS0cBBE&url=http%3A%2F%2Frepositorio-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F52800%2F2%2FDissertao%2520MIM%2520Joana%2520Cunha.pdf&ei=Eg-xVaO_HouAU624klgB&usg=AFQjCNGQVjfvXZXo6zOjUPz mh6sYzmXv6Q)
- Gonçalves, A. L. V. R. (2008). Dor crónica pediátrica em Portugal caracterização da situação (Dissertação no âmbito do mestrado em Ciências da Dor 1ª ed.). Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa. Acedido a: 28.05.2015. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1013>
- Jacob, E (2014). Avaliação e Gestão da Dor na Criança. In M. Hockenberry; & D. Wilson (2014) Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª Edição), 188-234. Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)
- Oakes, L. L. (2011). *Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management: an evidence-based approach for nurses*. USA: Springer Publishing Company
- Twicross, A. (2010) Managing pain in children: where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 19, (15-16), 2090-2099. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03271.x.



# ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR AGUDA: ENVOLVIMENTO PARENTAL

A. Nuno<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urgência Pediátrica, Serviço de Pediatria Médica, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE e Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



## INTRODUÇÃO



A dor é um fenómeno que acompanha a experiência de vida e saúde da criança/paciente, podendo estar inerente à patologia que os leva ao hospital ou diretamente relacionada com os procedimentos realizados para diagnóstico e tratamento da doença, provocando um momento de crise no desenvolvimento dos mesmos e na dinâmica familiar. A dor aguda não tratada pode originar dor crónica, sendo que até 2008 era conhecido que 15% dos clientes pediátricos experienciavam dor crónica associada à perpetuação da dor aguda (Gongalves, 2008), facto que se deve a uma subestimação da dor pediátrica por parte dos enfermeiros (Cunha, 2011; Jacob, 2014). A incorreta gestão da dor leva a um injustificado sofrimento, classificado em algumas referências como stress pós traumático, por parte do cliente pediátrico e suas famílias, gerador de sentimentos negativos. As estratégias não farmacológicas, caracterizadas por serem técnicas modificadoras do impacto da experiência da dor no indivíduo, são melhor sucedidas pelo envolvimento parental, o que promove os cuidados não traumáticos pelos enfermeiros.

## OBJETIVO

Identificar as estratégias não farmacológicas mobilizadas pelos pais no alívio da dor aguda pediátrica em contexto hospitalar.

## MATERIAL E MÉTODOS

- Revisão de literatura;
- Pesquisa nas base de dados CINAHL e MEDLINE;
- Limitador de resultados:
  - ✓ Datas de publicação entre 2009 e 2015;
  - ✓ Língua inglesa;
  - ✓ Full text;
  - ✓ Palavras de indexação: nonpharmacological; parents; pediatric acute pain;

## CONCLUSÃO

A dor é um fenómeno altamente sensível aos cuidados de enfermagem e a inclusão da família com destaque para os pais nas diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor leva à diminuição da ansiedade e medo parental associado à experiência dolorosa e por conseguinte diminuição da perceção cerebral dolorosa pela criança/jovem. Permite ainda maior controlo da dor no domicílio, melhoria da qualidade de vida pela diminuição do tempo da hospitalização e a diminuição da sensação de isolamento. Compete ao enfermeiro envolver e capacitar os pais nas estratégias de alívio da dor aguda na criança/jovem, reforçando o seu papel no controlo da dor, validando a habilidade de coping parental e reconhecendo os défices de conhecimentos e os sentimentos prejudiciais à gestão da dor.

Resumo da Bibliografia  
Nuno, A. (2015). Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na criança/jovem e a inclusão da família com destaque para os pais nas diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor leva à diminuição da ansiedade e medo parental associado à experiência dolorosa e por conseguinte diminuição da perceção cerebral dolorosa pela criança/jovem. Permite ainda maior controlo da dor no domicílio, melhoria da qualidade de vida pela diminuição do tempo da hospitalização e a diminuição da sensação de isolamento. Compete ao enfermeiro envolver e capacitar os pais nas estratégias de alívio da dor aguda na criança/jovem, reforçando o seu papel no controlo da dor, validando a habilidade de coping parental e reconhecendo os défices de conhecimentos e os sentimentos prejudiciais à gestão da dor.  
Nuno, A. (2015). Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na criança/jovem e a inclusão da família com destaque para os pais nas diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor leva à diminuição da ansiedade e medo parental associado à experiência dolorosa e por conseguinte diminuição da perceção cerebral dolorosa pela criança/jovem. Permite ainda maior controlo da dor no domicílio, melhoria da qualidade de vida pela diminuição do tempo da hospitalização e a diminuição da sensação de isolamento. Compete ao enfermeiro envolver e capacitar os pais nas estratégias de alívio da dor aguda na criança/jovem, reforçando o seu papel no controlo da dor, validando a habilidade de coping parental e reconhecendo os défices de conhecimentos e os sentimentos prejudiciais à gestão da dor.  
Nuno, A. (2015). Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda na criança/jovem e a inclusão da família com destaque para os pais nas diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor leva à diminuição da ansiedade e medo parental associado à experiência dolorosa e por conseguinte diminuição da perceção cerebral dolorosa pela criança/jovem. Permite ainda maior controlo da dor no domicílio, melhoria da qualidade de vida pela diminuição do tempo da hospitalização e a diminuição da sensação de isolamento. Compete ao enfermeiro envolver e capacitar os pais nas estratégias de alívio da dor aguda na criança/jovem, reforçando o seu papel no controlo da dor, validando a habilidade de coping parental e reconhecendo os défices de conhecimentos e os sentimentos prejudiciais à gestão da dor.

## RESULTADOS

Título do artigo, Ano	Foco causal de dor	Considerações sobre o envolvimento parental	Dificuldades no envolvimento parental	Estratégias não farmacológicas recomendadas
Assessment and management of pain in the paediatric patient (2010)	Técnicas procedurais	Enfermeiro é privilegiado na educação parental, antecipando e prevenindo o sofrimento; O enfermeiro deve desenvolver técnicas comunicacionais, atitude positiva e flexível e oferecer suporte emocional.	Problemas comunicacionais	Sacarose (lactentes); Relaxamento e controlo da respiração; Distração (música, arte, jogos de vídeo, televisão); Hipnose.
Chinese parents' perception of support received and recommendations regarding children's postoperative pain management (2010)	Cirúrgico	Os pais vivenciam: preocupação, ansiedade, medo, culpa, tristeza, incapacidade para ajudar e raiva; Estes necessitam de ter mais conhecimento para se sentirem menos isolados no processo de dor aguda da criança ou jovem.	Problemas comunicacionais (diminuta comunicação com os enfermeiros)	Conforto; Reforço positivo; Distração; Ambiente acolhedor.
Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study (2012)	Cirúrgico	Os pais são o primeiro apoio no alívio da dor aguda na criança ou jovem, pelos que devem estar bem informados sobre as diferentes estratégias.	Preconceitos relativos a dor aguda.	Distração; Posicionamento; Presença; Hipnose; Imaginário Guiado.
Burns, Major: Managing the Pediatric Patient with - an Overview (2015)	Queimaduras	A diminuição da ansiedade parental reflete uma diminuição da ansiedade da criança ou jovem; O uso de estratégias não farmacológicas pelos pais permite que o poder de decisão seja dos pais, cabendo ao enfermeiro capacitar pais, crianças e jovens e ajudá-los a encontrar objetivos, pela promoção de um coping positivo.	Barreiras comunicacionais (iliteracia, barreiras linguísticas e défices cognitivos)	Uso de frio; Massagem; Posicionamento.
Pain in Children: Managing (2015)	Técnicas procedurais	Os conhecimentos sobre o controlo da dor por parte dos pais melhora a qualidade de vida e diminui a perceção cerebral à dor.	Barreiras comunicacionais (iliteracia, barreiras linguísticas e défices cognitivos)	Relaxamento e controlo de respiração; Imaginário Guiado; Distração.
Pain: Managing Postoperative Pain in School-aged Children and Adolescents (2015)	Cirúrgico	O fornecimento de ferramentas que permitam o reconhecimento de sintomas e o controlo dos mesmos, facilita o tratamento em domicílio.	Barreiras comunicacionais (iliteracia, barreiras linguísticas e défices cognitivos)	Uso de frio; Distração; Posicionamento; Relaxamento; Presença familiar; Ambiente apropriado ao gosto.
Pain: Managing Postoperative Pain in Neonates and Infants (2015)	Técnicas procedurais	O enfermeiro deve avaliar as capacidades de coping dos pais; Deve explicar, adequar e validar as estratégias não farmacológicas que apresenta aos pais.	Barreiras comunicacionais (iliteracia, barreiras linguísticas e défices cognitivos)	Ananestesia; Sucção não nutritiva; Conforto; Contenção (colo); Musicoterapia; Massagem; Método kanguru.

## **APÊNDICE XIV**

**- *Poster* “Distraíndo na experiência da hospitalização, criando a relação”-**

**Resumo enviado á candidatura do Poster “Distraindo na experiência da hospitalização, criando a relação”, no âmbito da XXII Jornada de Pediatria – Diálogos na Dor**

- **Introdução**

A dor é um fenómeno associado quer à patologia que leva a criança/jovem ao hospital quer às técnicas procedurais realizadas para diagnóstico e tratamento dos sintomas. Na urgência pediátrica a sala de pequena cirurgia é um local onde a dor aguda é predominante, havendo necessidade de minimização da ansiedade, da perceção dolorosa e do impacto negativo nas vindas futuras ao serviço de urgência, que levam a um injustificado sofrimento, sendo necessário o recurso e mobilização complementar das estratégias não farmacológicas disponibilizadas, visando a promoção de cuidados não traumáticos, destacando-se a interligação entre a distração e o ambiente adequado.

- **Objetivo**

Mobilizar a distração e ambiente adequado para a minimização da ansiedade e dor durante as técnicas procedurais de pequena cirurgia no serviço de urgência pediátrica.

- **Material e métodos**

Auscultação dos enfermeiros da urgência pediátrica de um hospital central sobre a perceção da gestão de dor em pediatria durante a realização de técnicas procedurais de pequena cirurgia. Posterior revisão de literatura através de pesquisa documental na base de dados CINAHL e MEDLINE recorrendo a uma abordagem sistematizada, por meio de recolha, organização e avaliação crítica de dados relacionados com a temática em causa. Usou-se como limitador de resultados, as datas de publicação entre 2009 e 2015, língua inglesa, em full text e recorrendo às palavras de indexação: non pharmacological; distraction; surgery; children. Consulta complementar de informação documental dos órgãos de saúde portugueses sobre a temática de estratégias não farmacológicas com publicação superior a 2009.

Realização do projeto “Oficina Espacial” e avaliação pelos pares de enfermagem sobre o impacto do projeto.

- **Resultados**

Através da revisão obtiveram-se 8 artigos, sendo que todos focaram a distração e 4 focaram o ambiente adequado como estratégia a ser desenvolvida durante as técnicas procedurais cirúrgicas.

Constatou-se que no primeiro trimestre do ano de 2015 foram intervencionadas 90 crianças na sala de pequena cirurgia, com média de idade de 4,6 anos, a maioria do sexo masculino, sendo as principais causas, feridas incisais, queimaduras e abscessos.

Posteriormente procedeu-se à modificação do contexto ambiental da sala de pequena cirurgia pela introdução de imagens promotoras de distração.

Finalmente realizou-se inquérito avaliativo aos Enfermeiros do SUP constatando-se que estes já mobilizavam estratégias não farmacológicas e assumiam que existia influência entre o ambiente hospitalar e a criança/jovem, sendo que as modificações efetuadas foram benéficas e uma mais-valia para o serviço, facilitadoras da mobilização da distração e minimizadoras da ansiedade e percepção dolorosa pela cliente pediátrico.

- **Conclusão**

A distração e o ambiente adequado apresentam efeito positivo na minimização da percepção dolorosa e da ansiedade por parte do cliente pediátrico e seus cuidadores, contribuindo para a prestação de melhores cuidados e incentivando à prática contínua de estratégias não farmacológicas por parte dos enfermeiros.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor – <http://www.aped-dor.org/>

Babin, S, E. (2013) Color Theory: The Effects of Color in Medical Environments. The University of Southern Mississippi. Theses. Mississippi

- Batalha, L.M.C (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria – uma década. Revista Saúde e Tecnologia. Suplemento. 16-21.
- Brasher, C; Gafsous, B.; Dugue, S.; Thiollier, A.; Kinderf, J.; Nivoche, Y.;... & Dahmani, S. (2014) Postoperative Pain Management in Children and Infants: An Update. *Pediatr Drugs*. 16, 129–140. DOI 10.1007/s40272-013-0062-0
- Cuzzocrea, F.; Gugliandolo, M. C.; Larcan, R.; Romeo, C.; Turiaco, N. & Dominici, T. (2013). A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors. *Pediatric Anesthesia* 23, 139–143. DOI:10.1111/pan.12100
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar (2ªed). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde. Orientação da Direção-geral de Saúde n.º 022/2012. 18/12/2012a. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Direção-Geral de Saúde, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. Orientação da Direção-geral de Saúde nº 014/2010. 14/12/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Acessível no site da Direção-Geral de Saúde, Lisboa, Portugal.
- Gil, M. L. O. (2011). Estratégias não farmacológicas no controlo de dor – um novo caminho... (Relatório de estágio no âmbito de tese de Mestrado.) Disponível no RCAAP
- He, H.; Julkunen, K.; Pölkki, T.; & Pietilä, A. (2010) Chinese parents' perception of support received and recommendations regarding children's postoperative pain management. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 254–26. DOI:10.1111/j.1440-172X.2010.01838.x
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª Edição), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)

- Instituto de Apoio à Criança (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Leiden. □ Ordem dos Enfermeiros (2011) Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série 1 (2).
- Messerer, B.; Gutmann, A.; Weinberg, A.; & Sandner-Kiesling, A. (2010). Implementation of a standardized pain management in a pediatric surgery unit. *Pediatr Surg Int.* 26, 879–889. DOI 10.1007/s00383-010-2642-1.
- Monteiro, F.; Melo, R.; Souza, G.; Araujo, T.; Lima, F.; & Lopes, M. (2012). *Revista Electrónica de Enfermagem.* 14(4), 957-64. Acedido a: 10.12.2015. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a25.htm>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE. Série 1 (6).
- Salvaggio, H.; & Zaenglein, A. (2012) “Magic Goggles”: A Distraction Technique for Pediatric Dermatology Procedures. *Pediatric Dermatology*, 29(3), 387–388, DOI: 10.1111/j.1525-1470.2011.01671.x
- Schub, T.; & Schub, E.; (2015) Pain: Managing Postoperative Pain in School-aged Children and Adolescents. *Cinahl Information Systems*
- Sng, Q. W., Beverley, J. T., Zhu, L., & He, H. G. (2013). Children's experience of their postoperative pain management: a qualitative systematic review. *JB I Databases of Systematic Reviews & Implementations Reports*, 11(4), 1-66. JBL 000462 2013. Acedido a: 20 de Janeiro de 2015. Disponível em: <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.14.0b/ovidweb.cgi?&S=HAENFPEJGNDDMBHNNCLKEHJCDOFAAA00&Complete+Reference=S.sh.42%7c3%7c1>.
- Umamaheshwari N, Asokan S, Kumaran TS. (2013) Child friendly colors in a pediatric dental practice. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 31 (4), p.225-228.



## INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno associado à patologia que leva a criança/jovem ao hospital e às técnicas procedurais realizadas para diagnóstico e tratamento dos sintomas. Na urgência pediátrica na sala de pequena cirurgia predomina a dor aguda havendo necessidade de minimização da ansiedade, da percepção dolorosa e do impacto negativo desta vivência. Na promoção de cuidados não traumáticos é essencial mobilizar estratégias não farmacológicas, destacando-se a distração e o ambiente adequado.

## OBJETIVO

Mobilizar a distração e ambiente adequado minimizando a ansiedade e dor durante as técnicas procedurais de pequena cirurgia.

## MATERIAL E MÉTODOS

- Auscultação dos enfermeiros da urgência pediátrica de um hospital central sobre a percepção da gestão de dor em pediatria durante a realização de técnicas procedurais de pequena cirurgia;
- Revisão de literatura através de pesquisa documental na base de dados CINAHL e MEDLINE;
- Limitador de resultados:
  - Datas de publicação entre 2009 e 2015;
  - Língua Inglês;
- Full text;
- Palavras de indexação: *non pharmacological; distraction; surgery; children.*
- Consulta complementar de informação documental dos órgãos de saúde portugueses sobre a temática de estratégias não farmacológicas com publicação superior a 2009;
- Realização do projeto "Oficina Espacial";
- Avaliação pelos pares de enfermagem sobre o impacto do projeto.

## RESULTADOS

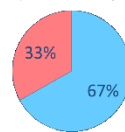
### RESULTADOS DA REVISÃO DE LITERATURA

ARTIGO	DATA	ESTRATÉGIA NÃO FARMACOLÓGICA SUGERIDA	OUTRAS ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
Implementation of a standardized pain management in a pediatric surgery unit	2010	Ambiente adequado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação preparatória;</li> <li>• Massagem;</li> <li>• Relaxamento;</li> <li>• Sacarose;</li> <li>• Calor/Frio.</li> </ul>
Chinese parents' perception of support received and recommendations regarding children's postoperative pain management	2010		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conforto;</li> <li>• Reforço positivo.</li> </ul>
Condutas de enfermagem à criança no pós-operatório de cirurgia cardíaca: análise das pesquisas	2012		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Presença parental;</li> <li>• Toque.</li> </ul>
"Magic Goggles": A Distraction Technique for Pediatric Dermatology Procedures	2012	Distração	-----
Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study	2012	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Presença parental;</li> <li>• Hipnose clínica pediátrica;</li> <li>• Imaginário guiado.</li> </ul>
A psychological preoperative program: effects on anxiety and cooperative behaviors	2013	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação preparatória;</li> <li>• Presença parental;</li> <li>• Arterapia.</li> </ul>
Postoperative Pain Management in Children and Infants: An Update	2014	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença parental;</li> <li>• Hipnose clínica pediátrica;</li> <li>• Musicoterapia;</li> <li>• Arterapia;</li> <li>• Massagem.</li> </ul>
Pain: Managing Postoperative Pain in School-aged Children and Adolescents	2015	Ambiente adequado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionamento;</li> <li>• Presença parental;</li> <li>• Relaxamento;</li> <li>• Calor/Frio</li> </ul>

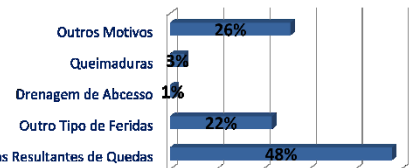
### ESTATÍSTICAS DA SALA DE PEQUENA CIRURGIA

#### 90 Crianças intervencionadas no primeiro trimestre de 2015

■ Rapazes ■ Raparigas



#### Motivos de Intervenção



### IMAGENS DA ALTERAÇÃO DO AMBIENTE DA SALA DE PEQUENA CIRURGIA



Fig. 2 - Sala de Pequena Cirurgia antes da mudança.

Fig. 3 - A sala de Pequena Cirurgia após a mudança.

### BENEFÍCIOS DA ALTERAÇÃO DO AMBIENTE DA SALA DE PEQUENA CIRURGIA



## CONCLUSÃO

A distração e o ambiente adequado apresentam efeito positivo na minimização da percepção dolorosa e da ansiedade por parte do cliente pediátrico e seus cuidadores, contribuindo para a prestação de melhores cuidados e incentivando à prática contínua de estratégias não farmacológicas por parte dos enfermeiros.

#### Referências Bibliográficas

1. APCC - Associação Portuguesa para o Cuidado da Dor - <http://www.apcc-dor.org/>; 2. Beale, S. L. (2013) Color Theory: The Effects of Color in Medical Environments. The University of Southern Mississippi. Hattiesburg, Mississippi; 3. Beale, S. L. (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria - uma década. Revista Saúde e Tecnologia, Suplemento, 16-22; 4. Brenner, C., Gellhaus, D., Dugan, S., Thöffer, A., Kerdorf, J., Nuech, S., & Dahmani, S. (2014) Postoperative Pain Management in Children and Infants. *Painful Practice*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 5. Cunniffe, P., Cullen, B., W. F., Lewis, R., Burns, C., Turtur, V., & Doherty, T. (2013) A psychological perspective: parents' effects on anxiety and cooperation in children. *Pediatric Anesthesia*, 23, 159-163; DOI: 10.1111/j.1365-2044.2012.03111.x; 6. Figueiredo, A. (2015) *Tratado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. 1.ª edição. Lisboa: ESEL; 7. Figueiredo, A. (2015) *Tratado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. 2.ª edição. Lisboa: ESEL; 8. Figueiredo, A. (2015) *Tratado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. 3.ª edição. Lisboa: ESEL; 9. Figueiredo, A. (2015) *Tratado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. 4.ª edição. Lisboa: ESEL; 10. Figueiredo, A. (2015) *Tratado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. 5.ª edição. Lisboa: ESEL; 11. Haskins, M., & Wilson, G. (2014) *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 9th Edition. Missouri: Mosby Elsevier; 12. Instituto de Apoio à Criança (IAC). (2010) *Carta da Criança*. Lisboa: IAC; 13. Ordem dos Enfermeiros (OE). (2013) *Guia Orientador da Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Casimiro, DE. São 1.º de 18. Disponível em: <http://www.ordenenfermeiros.pt/Portals/0/Guias/Guia%20Orientador%20da%20Boa%20Pratica%20em%20Enfermagem%20de%20Saude%20Infantil%20e%20Pediatria.pdf>; 14. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 15. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 16. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 17. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 18. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 19. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 20. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 21. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 22. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 23. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 24. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 25. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 26. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 27. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 28. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 29. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 30. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 31. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 32. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 33. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 34. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 35. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 36. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 37. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 38. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 39. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 40. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 41. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 42. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 43. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 44. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 45. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 46. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 47. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 48. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 49. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 50. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 51. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 52. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 53. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 54. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 55. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 56. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 57. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 58. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 59. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 60. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 61. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 62. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 63. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 64. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 65. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 66. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 67. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 68. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 69. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 70. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 71. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 72. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 73. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 74. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 75. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 76. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 77. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 78. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 79. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 80. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 81. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 82. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 83. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 84. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 85. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 86. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 87. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 88. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 89. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 90. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 91. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 92. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 93. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 94. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 95. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um estudo de caso. *Revista de Enfermagem de Saúde*, 16, 179-180; DOI: 10.1016/j.painpr.2014.05.005; 96. Salgueiro, A., & Sanchez-Medina, A. (2010). Implementação de um protocolo de gestão de dor em pediatria: um



## **APÊNDICE XV**

**- Sessão de Formação “Estratégias não farmacológicas de alívio da  
dor aguda em pediatria”-**

## PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

### “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR AGUDA EM PEDIATRIA”

Formação: Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda em pediatria			Duração: 60 min	Sessões: 09.02.2016 15.02.2016
Objetivos				
Objetivo Geral		Objetivos Específicos		
Sensibilizar para a mobilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na criança e jovem		a. Definir o conceito geral de dor; b. Definir o conceito geral de dor em pediatria; c. Relembrar algumas das escalas de avaliação de dor em pediatria; d. Dar a conhecer sobre a gestão de dor em pediatria; e. Dar a conhecer as diferentes estratégias não farmacológicas de alívio da dor		
Temáticas	Metodologia	Recursos	Tempo	Formadora
Apresentação da temática	Expositivo	PowerPoint	slide 1-3 (2 min)	Enf. <sup>a</sup> Ana Andreia
Definição geral de dor	Expositivo	PowerPoint	slide 4 (3 min)	
Apresentação de escalas de avaliação de dor	Expositivo e Interrogativa	PowerPoint	slide 5-11 (4 min)	
Definição de dor em pediatria	Expositivo	PowerPoint	slide 12-14 (3 min)	
Gestão de dor em pediatria	Expositivo	PowerPoint	slide 15-16 (4 min)	
Apresentação das estratégias não farmacológicas para alívio da dor aguda	Expositivo e interrogativo	PowerPoint; 2 filmes	slide 17-28 (20 min) 2 Filmes (2 min+10 min)	
Apresentação da caixa mágica	Expositivo	PowerPoint; Modelo da Caixa Mágica	slide 29-31 (10 min)	
Conclusão	Expositivo e interrogativo	Oferta de Bolas de sabão para início do uso de ENFAD	slide 32-34 (2 min)	

Formação no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

# ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR AGUDA EM PEDIATRIA

9 de Fevereiro de 2016

Discente: Ana Andreia Nuno

Orientadora do local de estágio: Enfª Alicia Evaristo / Co-Orientadora do local de estágio: Susana Rodrigues

Docente orientador: Profª Teresa Magão / Co-Docente Orientador: Profª Manuela Soveral

## Sumário

- Definição geral de dor;
- Avaliação da dor em pediatria;
- Dor em idade pediátrica;
- Gestão de dor pediátrica;
- Estratégias não farmacológicas.



**“Todo o mundo é capaz de suportar a dor,  
com exceção de quem a sente”**

**(William Shakespeare)**



## DEFINIÇÃO GERAL DE DOR

A dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.”

(IASP, 1994)



Individual

Subjetiva

Multidimensional

Única

Dinâmica

## PARA ATUAR TEREMOS DE AVALIAR!



## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR MAIS COMUNS EM PEDIATRIA

John B - Escala NIPS

Expressão facial	0 Relaxado	1 Tensa	2 Vigorosa
Olhos	0 Abertos	1 Fechados	
Respiração	0 Relaxada	1 Difícil de ouvir	
Brinquedo	0 Relaxado, algum movimento ocasional	1 Resistente/Inconfortável	
Postura	0 Relaxado, algum movimento ocasional	1 Resistente/Inconfortável	
Estado de alerta	0 Desperto/Calmo	1 Irritado	

**NIPS**

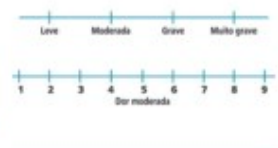
John FLACC

Pontuação	
0	1
Resposta espontânea e adequada ao estímulo	Características secundárias: aumento de voz ou agitação, inquietação, desatenção
Respostas motoras	Inquietas, agitação, tensão
Choro, respiração normal, responde confortavelmente	Comportamento anormal, não responde ao estímulo
Resposta adequada ao estímulo	Resposta inadequada ao estímulo
Resposta adequada ao estímulo	Resposta inadequada ao estímulo

**FLACC**



**FACES**



**NUMÉRICA**

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR MAIS COMUNS EM PEDIATRIA

Expressão facial	0 Relaxada	1 Tensa	
Choro	0 Ausente	1 Fraco	2 Vigoroso
Respiração	0 Relaxada	1 Diferente do basal	
Braços	0 Relaxados, algum movimento ocasional	1 Flexionados/Estendidos	
Pernas	0 Relaxadas, algum movimento ocasional	1 Flexionadas/Estendidas	
Estado de Alerta	0 Dormindo/Calmo	1 Inquieto	



**NIPS**  
24 semanas de gestação-  
28 dias

(Batalha,2010)

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR MAIS COMUNS EM PEDIATRIA

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar



**FLACC**  
29 dias -4 anos / défice  
cognitivo

(Norma HBA)

**FLACC**  
2 meses -7 anos / défice  
cognitivo

(Hockenberry, 2014)



## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR NO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DO HSM

EXPRESSÃO FACIAL	0 Expressão facial relaxada 1 Caretas passageiras: sobancelhas franzidas/lábios finos e cerrados/ franzimento do queixo/ tremor do queixo 2 Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 Contração permanente ou expressão congelada, face amarelada
CORPO	0 Relaxado 1 Agitação transitória, mas tempo calmo 2 Agitação frequente, mas é possível acalmar-se 3 Agitação permanente: contração das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade de muito pobre e limitada com corpo congelado
SONO	0 Adormece facilmente, sono prolongado e calmo 1 Adormece dificilmente 2 Acorda espontaneamente, mesmo quando não é manipulado; sono agitado 3 Não dorme
QUALIDADE DE RELACIONAMENTO	0 Sono aleatório, "como resposta", atento à escuta 1 Apresentação passagira no momento do contato 2 Contato difícil, chora ao menor estímulo 3 Recusa contato, nenhuma relação possível; grita ou geme mesmo sem estímulo
CONSOLABILIDADE	0 Não precisa de consolo 1 Acalma-se rapidamente com carícias, ao som da voz ou sugando 2 Acalma-se com dificuldade 3 Inconsolável; suspiro desesperado

Fonte: Debillion et al.<sup>13</sup>



Sugestão de  
uso:  
29 dias - 3  
meses

**EDIN**  
**0-12 meses**

(Hockenberry, 2014)

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR MAIS COMUNS EM PEDIATRIA

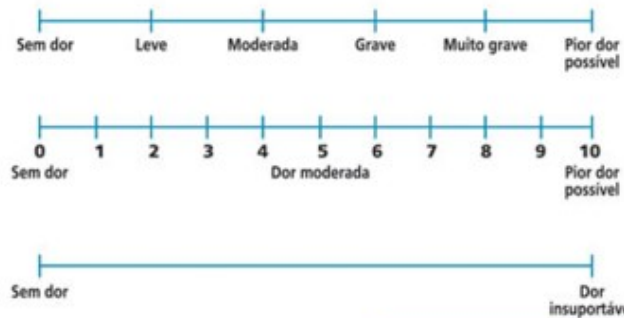


**FACES**

**4-12 anos**

(Hockenberry, 2014)

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DOR MAIS COMUNS EM PEDIATRIA



**VAS – NUMÉRICA**

**+ 8 anos**

(Hockenberry, 2014)

## DEFINIÇÃO DE DOR EM PEDIATRIA

Dor é  
subjetiva

Crianças têm  
dificuldade  
em  
verbalizar

Insuficiente  
uso de  
escalas de  
avaliação de  
dor

Dificuldade  
de avaliar  
corretamente  
a dor

Insuficientes  
medidas de  
alívio

(Batalha, 2010)



## DEFINIÇÃO DE DOR AGUDA EM PEDIATRIA



(Wente, 2013; Mocerri et al, 2014)

“A dor aguda é uma dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo. É um sinal de alarme(...)”.

(APED, s.d.)

Dor aguda é considerada normal e revela-se como uma manifestação fisiológica, bioquímica e com alterações comportamentais, que estão associadas a uma instabilidade hemodinâmica.

(Greenwald, 2010)

## DEFINIÇÃO DE DOR AGUDA EM PEDIATRIA

### RISCO DA PERPETUAÇÃO DA DOR AGUDA

Uma dor severa persistente, leva a alterações orgânicas, como o **aumento das hormonas de stress**, das quais se destacam, as catecolaminas, o glucagon, a hormona de crescimento, lactatos, corpos cetónicos e a supressão de níveis de insulina.

- **Objetivo primário:** o controlo da dor sentida e mante-la sem exacerbações álgicas;
- **Objetivo secundário:** prevenção da dor crónica



(Greenwald, 2010)

## ORIENTAÇÕES PARA A GESTÃO DA DOR PEDIÁTRICA

- a) Acreditar na criança;
  - b) Privilegiar a auto-avaliação;
  - c) Tempo para expressar a dor;
  - d) Comportamento habitual da criança;
  - e) Dialogar, observar e avaliar;
  - f) História de dor;
  - g) Manter o mesmo instrumento de avaliação;
  - h) Instrumento rigoroso;
  - i) Na dor intensa dar prioridade ao tratamento.
- (DGS, 2010, p.1)



## ORIENTAÇÕES PARA A GESTÃO DA DOR PEDIÁTRICA

“(…) Direito aos melhores cuidados é um **direito fundamental**, particularmente para as crianças”;

“(…) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser **reduzidas ao mínimo**”;

(Carta da Criança Hospitalizada, 1988, p.3,9)

**A** – Via aérea

**B** – Ventilação

**C** - Circulação



**D** – Distress

**E** – Suporte emocional

**F** -Família

(The National Child Traumatic Stress Network)

## ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR AGUDA

São formas de lidar com a dor, podendo ajudar:

- ✓ A reduzir a sua perceção;
- ✓ A tornar mais tolerável;
- ✓ A diminuir a ansiedade.

(Gil, 2011)



## ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR AGUDA



(OE, 2013)

## ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS

Que envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor.

(OE, 2013)



### ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS

Dessensibilização

Distração comportamental

Reforço positivo

Relaxamento

## ESTRATÉGIAS COGNITIVAS

Que utilizam métodos mentais para aliviar a dor.

(OE, 2013)



### ESTRATÉGIAS COGNITIVAS

Informação preparatória

Mudança de memória

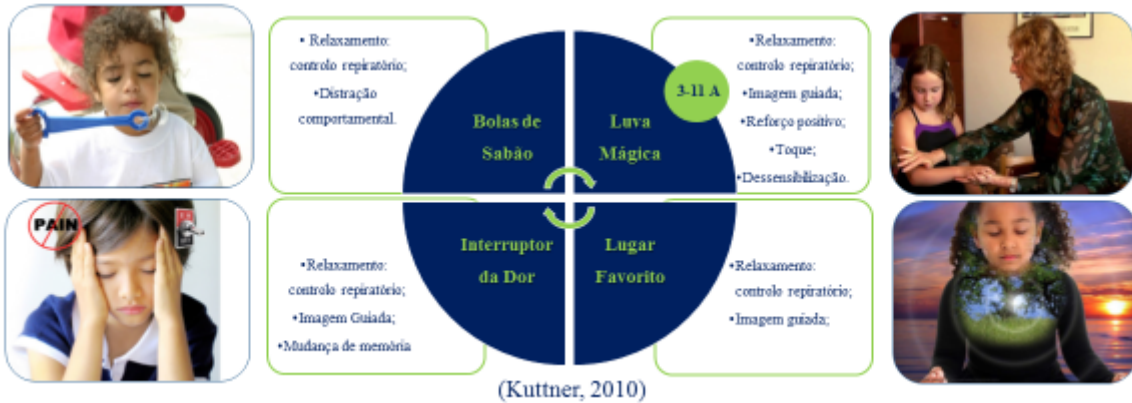
Paragem de pensamento

Hipnose clínica

## ESTRATÉGIAS COGNITIVAS

### ESTRATÉGIAS COGNITIVAS

### Hipnose clínica



## ESTRATÉGIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

Que utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a percepção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar;

(OE, 2013)



### ESTRATÉGIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

#### Distração



#### Modelagem/simulação

#### Imagem guiada

## ESTRATÉGIAS FÍSICAS OU PERIFÉRICAS

Que permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular;

(OE, 2013)



### ESTRATÉGIAS FÍSICAS OU PERIFÉRICAS

Aplicação de calor/frio

Massagem

Posicionamento

Contenção

Concentrar  
manipulações

Método canguru

TENS

Sacarose 24%

## ESTRATÉGIAS FÍSICAS OU PERIFÉRICAS

**POSICIONAMENTO  
DO LACTENTE  
DOENTE**

Controlo neuromotor

Otimiza o  
desenvolvimento das  
capacidades motoras e  
posturais

- Manter o alinhamento adequado do corpo:
  - Orientação à linha media;
  - Contenção;
  - Flexão;
- Proporcionar equipamento para conforto e contenção:
  - As mãos devem poder chegar à face e boca, promovendo a auto-regulação;
  - Ninhos;
  - Almofadas aranhas;
- Promover medidas de descanso.



(Hockenberry, 2014)



## ESTRATÉGIAS FÍSICAS OU PERIFÉRICAS

### CUIDADOS NO POSICIONAMENTO:

❖ **Cabeça** – posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média;

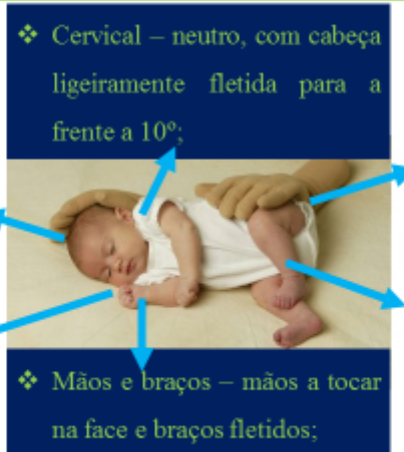
❖ **Cervical** – neutro, com cabeça ligeiramente fletida para a frente a 10°;

❖ **Região pélvica** – ancas alinhadas e suavemente fletidas

❖ **Ombros** – ligeiramente fletidos;

❖ **Mãos e braços** – mãos a tocar na face e braços fletidos;

❖ **Joelhos, maléolos e pés** – alinhados e ligeiramente fletidos



(Hockenberry, 2014)

## ESTRATÉGIAS FÍSICAS OU PERIFÉRICAS

### Recomendações:

- A AAP recomenda desde 2005 que as crianças até aos 1º ano de vida durmam em **decúbito dorsal** para prevenção do síndrome de morte súbita no recém-nascido;
- Em ambiente hospitalar, com **monitorização cardíaca** e atendendo sempre à estabilidade hemodinâmica da criança, sua patologia e conforto, podem-se adotar todos os posicionamentos;
- Aquando da alta, alertar os pais para o correto posicionamento no berço (decúbito dorsal) bem como às **medidas de segurança** (criança no fundo da cama, lençol abaixo da região mamilar, roupa e bonecos na cama adequados).



(Hockenberry, 2014)

## ESTRATÉGIAS DE SUPORTE EMOCIONAL

Que implicam a presença de alguém significativo que proporciona conforto;  
(OE, 2013)



### ESTRATÉGIAS DE SUPORTE EMOCIONAL

Presença

Toque/conforto

Sucção não nutritiva

Amamentação

## ESTRATÉGIAS AMBIENTAIS

Que refletem-se pela melhoria de condições ambientais, tais como ruído, temperatura e decoração.

(OE, 2013)



### ESTRATÉGIAS AMBIENTAIS

Conforto

Musicoterapia

Arterapia

Humor



## CAIXA MÁGICA

## KIT SEM “DÓI- DÓI”

## CAIXA DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

“ É constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos (...). Destinam-se à aprendizagem de estratégias para **diminuir o medo, a ansiedade** da criança/adolescente e dos pais, associados à hospitalização e à cirurgia, assim como para **diminuir a perceção de dor** nos procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos. A utilização dos materiais do kit permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que **favorecem o controlo da dor** associada aos procedimentos e **estimula a cooperação e a criatividade** dos vários intervenientes, através do ato de brincar. (O.E., 2013)



NIPS

FLACC

FACES

NUMÉRICA

DESENHA A TUA DOR



MARTINE TEVE UM  
ACIDENTE

A ILHA DOS DIABRETES



## RECOMENDAÇÕES PARA O USO DAS ESTRATÉGIAS

- A utilização de intervenção não farmacológicas deverá ser usada em **complementaridade** com a terapêutica farmacológicas e não em substituição desta.
- A importância de selecionar as intervenções não farmacológicas de acordo com a **preferência** da pessoa, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível.

DGS (2012)

- Após o procedimento, **manter-se junto** da criança;
- **Planear** os cuidados;
- **Agrupar** os procedimentos.

(OE, 2013)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Dor aguda versus dor crónica (s.d.). Disponível em: <http://www.aped-dor.com/index.php/sobre-a-dor/a-dor/14-dor-aguda-versus-dor-cronica>
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel
- Batalha, L.M.C (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria – uma década. Revista Saúde e Tecnologia. Suplemento. 16-21.
- Direção-Geral da Saúde. Orientação da Direção-geral de Saúde n.º 022/2012. 18/12/2012a. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Direção-Geral de Saúde, Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. Orientação da Direção-geral de Saúde n.º 014/2010. 14/12/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Acessível no site da Direção-Geral de Saúde, Lisboa, Portugal.
- Greenwald, M. (2010). Analgesia for the pediatric trauma: Primum non nocere?. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 11(1), 28-40. DOI: 10.1016/j.cpem.2009.12.0
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição), Loures: Lusociência (Tradução do original do Inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, (9th Edition). Missouri: Mosby Elsevier)
- Instituto de Apoio à Criança (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Leiden. Ordem dos Enfermeiros (2011) Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série 1 (2)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- International Association for the Study of Pain (1994). Taxonomy- Pain. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>
- Kuttner, L. (2010). *A Child in Pain – What Health Professionals Can Do to Help*. UK: Crown House Publishing Limited
- Mocerri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 40(1), 6-12. DOI: 10.1016/j.jen.2012.04.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Cadernos OE. Série 1 (6).
- The National Child Traumatic Stress Network. Disponível em: <http://www.nctsn.org/>
- Wente, S. J. K., & Richfield, R. N. (2013). Nonpharmacologic Pediatric Pain management in Emergency Departments: A systematic review of the literature. *Journal of emergency nursing*, 39(2), 140-150. DOI: 10.1016/j.jen.2012.09.011



**OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!**

## **AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**

Após cada ação de formação intitulada “Estratégias não farmacológicas de alívio da dor aguda em pediatria”, procedeu-se à avaliação das mesmas por parte dos pares, a fim de se conseguir compreender se os objetivos inicialmente propostos tinham sido atingidos,

A avaliação teve por base um documento previamente existente na instituição onde se realizaram as ações de formação.

Cada item poderia ser avaliado em seis níveis, de muito baixo a não aplicável.

Apresentam-se em seguida os itens instrumento de avaliação utilizado e uma síntese das avaliações obtidas nas ações de formação, que ocorreram no dia 09.02.2016 e 15.02.2016.

## Instrumento de avaliação da ação de formação

### Escala de avaliação

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Não aplicável
1	2	3	4	5	N/A

### 1. Ação de formação geral

	1	2	3	4	5	N/A
a. Importância e utilidade do tema na ação na realidade das suas atividades						
b. Adequação da duração da ação						
c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas						
d. Qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas						

### 2. Conteúdo da ação de formação

	1	2	3	4	5	N/A
a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual						
b. Qualidade da abordagem ao tema (p.ex., estruturação e nível de profundidade apropriados)						
c. Efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados						
d. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos						

### 3. Organização e logística

	1	2	3	4	5	N/A
a. Eficiência do apoio prestado pela equipa responsável						
b. Conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação						
c. Qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico						

#### 4. Formadores

	Formador				
	1	2	3	4	5
a. Definição inicial dos objetivos					
b. Domínio demonstrado do tema					
c. Exposição clara e precisa do conteúdo					
d. Motivação e incentivo à participação					

Pontos Fortes	
---------------	--

Pontos a melhorar/ sugestões	
------------------------------	--

## **Síntese da avaliação das ações de formação**

### **▪ 09.02.2016**

No primeiro dia de ação de formação estiveram presentes 10 enfermeiros, dos quais 9 exerciam funções no serviço de urgência de pediatria e 1 nas consultas externas de pediatria.

A ação de formação decorreu em contexto de trabalho, numa sala de trabalho e teve a duração de 1 hora.

A totalidade dos formandos, considerou que foi de grau muito elevado a importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades, a adequação da duração da ação, a efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas, a qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas, a conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual, a qualidade de abordagem ao tema, a efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados, a utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos, a eficiência do apoio prestado pela equipa responsável, a definição inicial dos objetivos, o domínio demonstrado do tema, a exposição clara e precisa do conteúdo e a motivação e incentivo à participação.

Da totalidade dos formandos, 1 considerou de nível elevado o conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação, enquanto que os restantes 9 consideraram que este item estava no nível muito elevado.

No concerne à qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte, 1 dos formando considerou que este estava no nível elevado, enquanto que os restantes 9 consideraram que este item estava ao nível muito elevado.

Como pontos fortes foram escritas as seguintes observações: “Discurso fluente”; “Pertinência do tema”; “Material didático adequado”; “correta demonstração da formação”; “Excelente apresentação, explícita e muito pertinente”; “Caixa mágica – Parabéns!”.



Nesta sessão de formação não foram apontados pontos fracos ou sugestões.

▪ **15.02.2016**

No segundo dia de ação de formação estiveram presentes 7 enfermeiros, os quais exerciam funções no serviço de urgência de pediatria.

A ação de formação decorreu em contexto de trabalho, numa sala de trabalho e teve a duração de 1 hora.

A totalidade dos formandos, considerou que foi de grau muito elevado a importância e utilidade do tema da ação na realização das suas atividades, a qualidade da ação relativamente às melhores ações já frequentadas, a qualidade de abordagem ao tema, a efetividade da abordagem para alcançar os objetivos delineados, a utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos, a eficiência do apoio prestado pela equipa responsável, a definição inicial dos objetivos, o domínio demonstrado do tema, a exposição clara e precisa do conteúdo e a motivação e incentivo à participação.

Da totalidade dos formandos, 1 considerou de nível elevado a adequação da duração da ação, enquanto que os restantes 6 consideraram que este item estava no nível muito elevado.

No concerne à efetividade das metodologias de aprendizagem usadas, 1 dos formando considerou que esta estava no nível elevado, enquanto que os restantes 6 consideraram que este item estava ao nível elevado.

Por sua vez, 1 formando considerou que estava no nível elevado a conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual, enquanto que os restantes 6 consideraram que este item estava no nível muito elevado.

Em relação ao item do conforto e luminosidade das instalações onde decorreu a ação, 1 formando considerou no nível médio, 1 formando considerou no nível elevado e 5 formandos consideraram no nível muito elevado.

O item referente à qualidade de funcionamento dos equipamentos de suporte pedagógico, foi considerado por 1 formando no nível elevado e pelos restantes 6 formandos no nível muito elevado.

Nesta sessão de formação não foram apontados pontos fortes, fracos ou sugestões.

## **APÊNDICE XVI**

### **- A “Caixa Mágica”-**



Imagem 1 – A Caixa Mágica (visão lateral)



Imagem 2 – A Caixa Mágica (visão topo)



Imagem 3 – A Caixa Mágica (visão frontal)



Imagem 4 – A Caixa Mágica (bolas de sabão)





Imagem 5 – A Caixa Mágica (roca)



Imagem 6 – A Caixa Mágica (pensos rápidos infantis)



**Imagem 7 – A Caixa Mágica (livro sobre a ida ao serviço de urgência de pediatria)**



**Imagem 8 – A Caixa Mágica (livro sobre dor associada à diabetes)**



Imagem 9 – A Caixa Mágica (livro sobre o corpo humano)



Imagem 10 – A Caixa Mágica (escalas de avaliação de dor: NIPS, FLACC, Faces, Numérica e Desenho)





**Imagem 11 – A Caixa Mágica (Kit de material para procedimentos experimentais)**



**Imagem 12 – A Caixa Mágica  
(autocolantes para pensos de catéter)**



Imagem 13 – A Caixa Mágica (Medalhas e Diplomas)

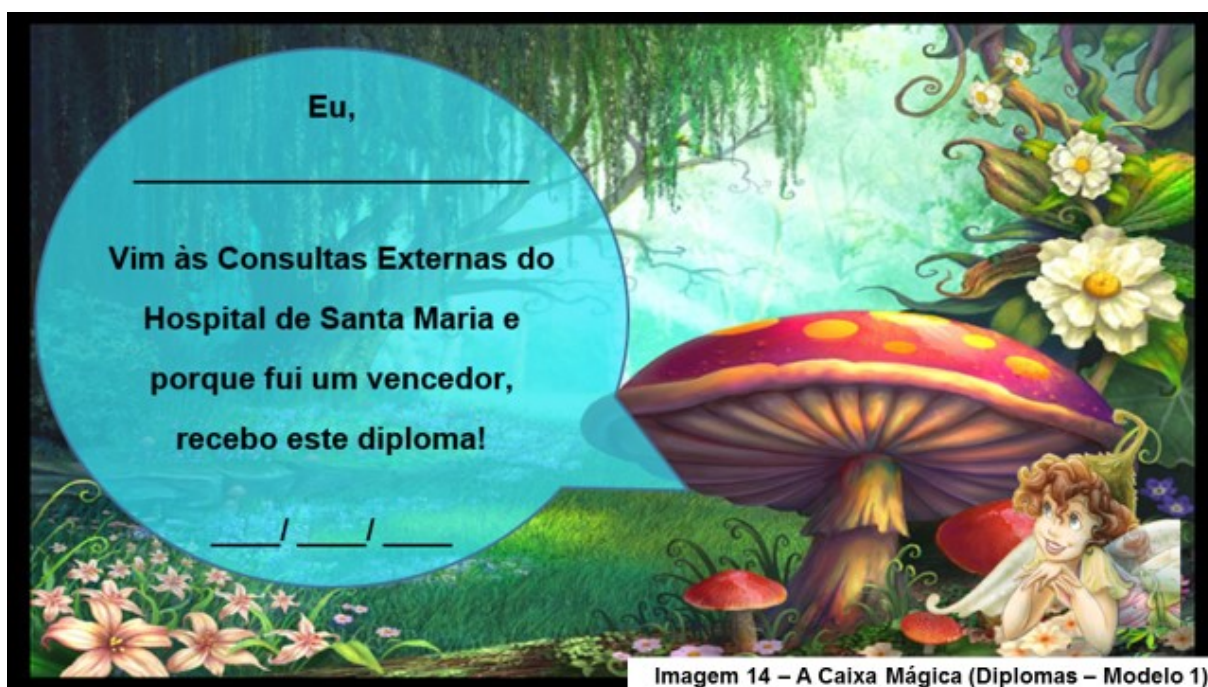


Imagem 14 – A Caixa Mágica (Diplomas – Modelo 1)





Imagem 15 – A Caixa Mágica (Diplomas – Modelo 2)



Imagem 16 – A Caixa Mágica (Diplomas – Modelo 3)



Imagem 17 – A Caixa Mágica (Diplomas – Modelo 4)



Imagem 18 – A Caixa Mágica (Carimbos para pensos de catéter)



**Imagem 19 – A Caixa Mágica (Sacarose)**



**Imagem 20 – A Caixa Mágica (Sucção não nutritiva)**





**Imagem 21 – A Caixa Mágica (Boneco Modelo)**



**Imagem 22 – A Caixa Mágica (Buzzy)**

## **APÊNDICE XVI**

**- Síntese reflexiva da participação em formações adicionais-**

## **Síntese reflexiva sobre participação em formações adicionais**

### **1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos e de apresentação do poster “Cuidados Paliativos Pediátricos – Da prática clínica à Problemática em Fim de Vida”**

Os cuidados paliativos contemplam todo o ciclo de vida, desde antes do nascimento até depois da morte. Também as crianças e jovens sofrem e morrem por doenças graves e complexas, implicando sofrimento para o seu núcleo envolvente. Os cuidados paliativos pediátricos iniciam-se aquando do diagnóstico de doença grave ou crónica, podendo vir a ser suspensos, caso a situação de doença tenha término. Considera-se que os cuidados paliativos são um direito humano, e por conseguinte um direito das crianças e jovens. O alívio sintomatológico em cuidados paliativos é caracterizado por mitos, competindo aos profissionais formarem-se no sentido de adquirirem mais conhecimentos nesta temática. Entre as diferentes formas de alívio sintomatológico encontra-se o controlo da dor aguda moderada a intensa, associada a estratégias não farmacológicas, como o conforto e aliado a habilidades comunicacionais que permitem que os cuidados sejam mais eficazes e a relação com a criança, jovem e família mais empática.

### **Workshop de Hipnose Clínica Pediátrica para Controlo da Dor e Ansiedade**

A valorização da dor tem nos últimos anos crescido, decorrente da investigação científica e de uma maior tomada de consciência e formação por parte dos profissionais de saúde. As estratégias não farmacológicas trazem mais-valias no tratamento de muitas situações, promovendo a saúde e bem-estar dos clientes. A experiência da dor encontra-se muitas vezes associada ao medo e ansiedade, dificultando o tratamento, pelo que as estratégias não farmacológicas ajudam a aliviar esses sentimentos. Entre as várias estratégias destaca-se a hipnose clínica pediátrica, caracterizada por ser uma intervenção terapêutica com suporte empírico para uma variedade de condições clínicas, incluindo as relacionadas com procedimentos e dor crónica, perturbação da ansiedade, situações associadas a *stress*, perturbações do sono e outras condições de saúde e doença. A hipnose



clínica pediátrica alia diferentes estratégias numa estratégia só, tais como, o conforto, o relaxamento e a distração, sendo que a sua aplicação prática reveste-se de grande importância na melhoria dos cuidados de saúde, em especial de enfermagem.

## **II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o desenvolvimento, Qualidade e Segurança**

Os cuidados neonatais têm apresentado grandes progressos nos últimos anos. Porém, a prematuridade ainda se encontra muito relacionada com as taxas de mortalidade, sendo necessário atuar na prevenção, controlo da morbilidade e promoção do potencial desenvolvimento do prematuro. Os cuidados de enfermagem apresentam uma grande importância nessa prevenção e promoção, através da presença permanente ao lado do prematuro e sua família. Para tal, é necessário o enfermeiro apresentar saberes nesta área, de forma a prestar cuidados que sejam promotores do desenvolvimento, autonomia e satisfação das necessidades do prematuro e família. Entre os vários cuidados, o ensino e promoção do método canguru entre os pais e o prematuro tem-se revelado uma mais-valia, no conforto, desenvolvimento, alívio da dor e diminuição da ansiedade, com efeitos fisiológicos positivos. O método canguru, presente em algumas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, é cada vez mais mobilizado, proporcionando satisfação para os pais, benefícios para o prematuro e um progresso nos cuidados de enfermagem.

## **6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria – (Novos) Cenários em Pediatria**

Nesta era, considerada a era digital, são muitos os aspetos positivos e negativos que daí aprovem. Também os cuidados de enfermagem têm evoluído neste sentido das novas comunicações, de forma a conseguir melhorar os cuidados prestados. A preocupação com estes aspetos mais contemporâneos e por vezes inter e multidisciplinares, levam ao confronto com novas realidades e que se cruzam com os cuidados de saúde da criança e jovem. A pareceria de cuidados, os cuidados paliativos, o uso das novas tecnologias como estratégia de distração, são algumas das preocupações ao nível dos cuidados de saúde. A progressão dos cuidados de saúde passa por este confronto com a realidade digital, com a sua compreensão e

inclusão natural nos cuidados do quotidiano, pois só assim se consegue também chegar mais próximo do cliente de cuidados.

### **XXII Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria – Diálogos na Dor**

O conhecimento sobre a temática da dor tem sofrido grande evolução nos últimos tempos, apresentando-se atualmente como multidisciplinar e podendo estar presente em diversos momentos da vida do ser humano. Compete aos profissionais de saúde, compreendê-la melhor e investir num saber alargado. A gestão da dor implica o uso de escalas de avaliação e a colheita da história da dor o mais completa possível, associando a estratégias farmacológicas e não farmacológicas. A multidisciplinariedade, é um confluir de saberes útil, necessário para a melhor compreensão da dor do cliente e adaptação dos tratamentos. A variedade como a dor se manifesta, leva à probabilidade de experienciar dor em qualquer situação de doença, implicando que os conhecimentos nesta temática continuem em constante evolução, consciencializando os profissionais de saúde da importância da sua gestão correta para diminuição do impacto no quotidiano do cliente.

### **Convénio Astor, 23<sup>a</sup> Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta**

O alívio da dor passa pelo uso de variadas estratégias, entre as quais as farmacológicas e não farmacológicas. Destas estratégias em confluência, surgiram as bandas neuromusculares. Estas permitem uma diminuição da dor, da pressão e do processo inflamatório e aumentam a circulação local. Permitem a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde.

### **7<sup>a</sup> Reunião Pediátrica do Hospital Cuf Descobertas – O sim e o não em Pediatria**

A comunicação apresenta-se como um processo que permite a empatia entre os profissionais de saúde, entre os quais os enfermeiros, e o cliente. Porém, apresenta obstáculos à sua correta mobilização, sendo muitas vezes associada ao ambiente em que os indivíduos que recebem e prestam cuidados, se inserem. A comunicação apresenta diferentes estilos e o seu modo de escolha está dependente das

necessidades e características da criança, jovem e família, bem como do objetivo porque é utilizada. Comunicar é uma forma de expressão, um meio de criação de relação e uma habilidade dos cuidados de enfermagem, pelo que deve ser desenvolvida para melhoria dos cuidados.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

**- Certificado de Participação nas 1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados  
Paliativos Pediátricos e de apresentação do *poster* “Cuidados  
Paliativos Pediátricos – Da prática clínica à Problemática em Fim  
de Vida”-**



LIGA PORTUGUESA  
CONTRA O CANCRO

## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

# 1<sup>as</sup> JORNADAS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Certifica-se que Ana Andreia Friêza

Participou:

- Nas "1<sup>as</sup> Jornadas de Cuidados Paliativos Pediátricos" em 2 e 3 de Outubro 2015, que decorreram no Grande Auditório do ISCTE – IUL em Lisboa.
- No workshop "Communicating with the child and the family" em 1 Outubro de 2015
- Na exposição de Posters Científicos com o Poster "Cuidados Paliativos Pediátricos – Da prática clínica à Problemática em Fim de Vida".

Lisboa, 3 Outubro 2015 O Presidente, Francisco Cavaleiro Ferreira

## **ANEXO II**

**- Certificado de Participação no Workshop de Hipnose Clínica  
Pediátrica para Controlo da Dor e Ansiedade-**

**WORKSHOP DE HIPNOSE  
PEDIÁTRICA PARA CONTROLO DA  
DOR E ANSIEDADE**



**CERTIFICADO**

Ana Andreia Nuno Friêza

Participou no **Workshop de Hipnose Pediátrica para Controlo da Dor e Ansiedade**, que decorreu nos dias 29 e 30 de Outubro 2015, no Hotel Solplay em Linda-a-Velha, com a duração de 14 horas.

Dra Leora Kuttner  
Formadora

Dra Clara Abadesso  
Comissão Organizadora



**Programa:**

**Quinta, 29 de Outubro de 2015**

**08:00 | 08:30** Entrega documentação e Abertura.

**08:30 | 08:45** Introdução e objectivos

**08:45 | 09:45** A Ciência e a Prática da Hipnose em Crianças e Adolescentes. *TheBrain-Body Network*: Compreender a complexa e contínua interação do cérebro e corpo, o papel da hipnose médica, da comunicação hipnótica e a evidência científica que a suporta.

**09:45 | 10:45** Experimentar a hipnose como Modalidade Terapêutica: "O teu Lugar Favorito".

**10:45 | 11:00** Intervalo

**11:00 | 12:00** Analgesia Hipnótica: "A Luva Mágica".

Sessão prática 1 (em pares): "A Luva Mágica".

**12:00 | 13:00** Almoço

**13:00 | 15:00** O Enquadramento para a Dissociação Hipnótica.

O encontro hipnótico: relação, contrato, indução e mais....

- Aplicação na Prática Clínica e Uso de Linguagem Permissiva. Exemplos com DVD – sugestões hipnóticas.
- Dissociação Hipnótica: "O teu Lugar Favorito". Demonstração do processo hipnótico e Discussão.

**15:00 | 15:30** Intervalo

**15:15 | 16:30** Sessão Prática 2: "O Teu Lugar Favorito" para criar conforto. Usar as 5 modalidades sensoriais.

Sessão prática (em pares). Questões e Discussão.

**16:30 | 17:00** Discussão e *Wrap-up*

**Sexta, 30 de Outubro de 2015**

**08:30 | 09:45** Filme sobre os benefícios a longo-prazo da Hipnose em crianças e adolescentes: "No Fears, No Tears - 13 Years Later" e Discussão.

**09:45 | 10:15** Técnicas Hipnóticas de Alteração da Sensação, através da cor, intensidade ou distribuição.

**10:15 | 10:30** Intervalo

**10:30 | 12:00** Hipnose: Auto-regulação "O Interruptor". Técnica para a dor recorrente ou persistente. Exemplos com DVD. Demonstração.

**12:00 | 13:00** Sessão Prática 3: "O Interruptor". Hipnose prática: "O Interruptor".

Sessão Prática (em pares). Discussão.

**13:00 | 14:00** Almoço

**14:00 | 14:30** Aspectos de desenvolvimento e Papel dos Pais. Exemplos com DVD. Demonstração.

**14:30 | 15:45** Sessão Prática 4: A Técnica hipnótica Preferida. Aperfeiçoar as técnicas e construir a auto-confiança.

Sessão Prática (em pares).

**15:45 | 16:00** Intervalo

**16:00 | 16:30** *TakeHomeMessages*, Discussão e *Wrap-up*.

Prática de Hipnose Continuada e Treino Futuro.

Oportunidades de Formação em Hipnose Pediátrica: NPTI - Nifty! ASCH, ISH.

### **ANEXO III**

- **Certificado de Participação no II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Cuidar para o desenvolvimento, Qualidade e Segurança;**

## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



### II ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Certifica-se que ANA ANDRÉIA NUNO FRIEZA esteve presente no II Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema "Cuidar para o Desenvolvimento – Qualidade e Segurança", que decorreu nos dias 13 e 14 de Novembro de 2015, no Auditório da ESEL— Pólo Calouste Gulbenkian, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia  
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

## **ANEXO IV**

**- Certificado de Participação no 6º Encontro Nacional de  
Enfermagem em Pediatria – (Novos) Cenários em Pediatria-**



# 6.º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria

Auditório Comissão de Coordenação e  
Desenvolvimento Regional do Alentejo  
Évora // 26 e 27 de novembro de 2015



## (Novos) Cenários em Pediatria



### CERTIFICADO

A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS certifica que,

**ANA NUNO**

apresentou o e-Poster

**ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR AGUDA EM PEDIATRIA  
– ENVOLVIMENTO PARENTAL,**

no 6.º ENCONTRO NACIONAL DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA  
subordinado ao tema: “**(Novos) Cenários em Pediatria**”, realizado no  
Auditório da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento do Alentejo em Évora,  
nos dias 26 e 27 de Novembro 2015, com a duração de 15 horas.

**João Fernandes**

Presidente da Direcção da Associação Portuguesa de Enfermeiros

## **ANEXO V**

**-Certificado de apresentação e de 2º Prémio do *poster* “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda em Pediatria – Envolvimento Parental”, no 6º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria – (Novos) Cenários em Pediatria -**



# 6.º Encontro Nacional de Enfermagem em Pediatria

Auditório Comissão de Coordenação e  
Desenvolvimento Regional do Alentejo  
Évora // 26 e 27 de novembro de 2015



## (Novos) Cenários em Pediatria



### CERTIFICADO

A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS certifica que,

o e-Poster "**Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda em Pediatria –  
Envolvimento parental**", da autora Ana Nuno, obteve o

### 2º PRÉMIO

no Concurso de e-Posters do

6.º ENCONTRO NACIONAL DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA subordinado ao tema:  
"**(Novos) Cenários em Pediatria**", realizado no Auditório da Comissão de Coordenação e  
Desenvolvimento do Alentejo em Évora, nos dias 26 e 27 de Novembro 2015.

Presidente da Direcção da Associação Portuguesa de Enfermeiros

## **ANEXO VI**

**- Certificado de Participação nas XXII Jornadas de Pediatria do  
Hospital de Santa Maria – Dor em Pediatria-**



# XXII JORNADAS DE PEDIATRIA

Departamento de Pediatria | Hospital de Santa Maria, CHLN  
Diretora | Professora Doutora Maria do Céu Machado

Diálogos na  
DOR



## CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Andreia Nuno Friêza** participou nas XXII JORNADAS DE PEDIATRIA do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, que decorreram em Lisboa, de 21 a 22 de Janeiro de 2016.

Lisboa, 22 de Janeiro de 2016

Prof. Doutora Maria do Céu Machado  
Presidente das XXII Jornadas de Pediatria

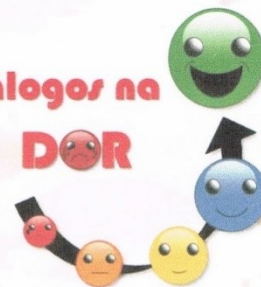
## **ANEXO VII**

- **Certificado de apresentação do *poster* “Distraíndo na experiência da hospitalização, criando a relação”, nas XXII Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria-**

# XXII JORNADAS DE PEDIATRIA

Departamento de Pediatria | Hospital de Santa Maria, CHLN  
Diretora | Professora Doutora Maria do Céu Machado

Diálogos na  
DOR



## CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Figueiredo; Ana Nuno; Catarina Pinto** participaram nas XXII JORNADAS DE PEDIATRIA do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria que decorreram em Lisboa de 21 a 22 de Janeiro de 2016, com a apresentação, em sala, do Poster intitulado **Distraíndo na experiência da hospitalização, criando a relação.**

Lisboa, 22 de Janeiro de 2016

Prof. Doutora Maria do Céu Machado  
Presidente das XXII Jornadas de Pediatria

## **ANEXO VIII**

- Certificado de Participação no Convénio Astor, 23<sup>a</sup> Jornadas da  
Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta;-**



# 14<sup>o</sup> CONVÊNIO ASTOR

23<sup>as</sup> JORNADAS DA UNIDADE DOR  
HOSPITAL GARCIA DE ORTA



## Certificado

*Certifica-se que o (a) Exmo (a) Sr.(a)*

**ANA ANDREIA NUNO**

*participou no Convénio da Astor,  
23<sup>as</sup> Jornadas da Unidade Dor do Hospital Garcia de Orta,  
realizadas no dia 29 de Janeiro de 2016,  
na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.*

*Lisboa, 29 de Janeiro de 2016*

A Organização

Dr. Manuel Pedro

Faculdade de Medicina Dentária  
Universidade de Lisboa

29 JANEIRO 2016

## **ANEXO IX**

**- Certificado de Participação na 7ª Reunião Pediátrica do Hospital  
Cuf Descobertas – O sim e o não em Pediatria-**





7ª REUNIÃO PEDIÁTRICA  
**O SIM E O NÃO  
EM PEDIATRIA**  
HOSPITAL CUF DESCOBERTAS



## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo.(a) Senhor(a)

**Ana Andreia Nuno Frieza**

Esteve presente na **7.ª Reunião Pediátrica Hospital Cuf Descobertas**, realizado no Hotel Olissipo Oriente – Lisboa, nos dias 4 e 5 de Fevereiro de 2016.

P/Comissão Organizadora

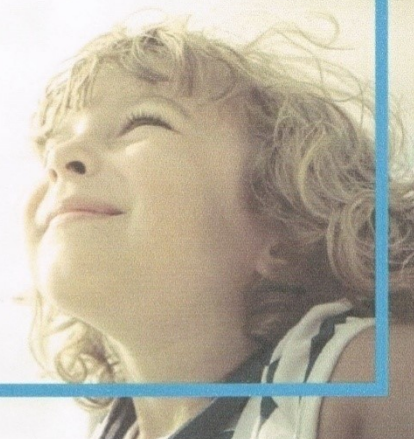
## **ANEXO X**

- Certificado de Participação e Avaliação do Curso de Comunicação Clínica pela Academia Cuf, no âmbito da 7ª Reunião Pediátrica do Hospital Cuf Descobertas – O sim e o não em Pediatria-**





7ª REUNIÃO PEDIÁTRICA  
**O SIM E O NÃO  
EM PEDIATRIA**  
HOSPITAL CUF DESCOBERTAS



## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo.(a) Senhor(a)

**Ana Andreia Nuno Friêza**

Esteve presente no **Curso Satélite – COMUNICAÇÃO CLÍNICA** da **7.ª Reunião  
Pediátrica Hospital Cuf Descobertas**, realizado no Hotel Olissipo Oriente – Lisboa,  
nos dias 5 e 6 de Fevereiro de 2016.

Frequentou o Curso e conseguiu a aprovação na avaliação final de 100%

P/Comissão Organizadora